St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

UNTER DER REDACTION VON

PROF. ED. v. WAHL UND DR. L. v. HOLST

DORPAT — ST. PETERSBURG

Neue Folge. — I. Jahrgang.

(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

ST. PETERSBURG.

Verlag von CARL RICKER, Newsky-Prospect Nr. 14.

1884.

4-4 I

Inhalts-Verzeichniss.

(Die mit einem * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten.)

Sach-Register.

Namen-Register.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 Января 1885 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.
in St. Petersburg. in Dorpat. in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. **Der Abonnements-Preis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 1. St. Petersburg, 7. (19.) Januar 1884.

PROSPECT.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift»

tritt mit dem I. Jahrgange ihrer neuen Folge unter theilweise veränderter Redaction und mit erweitertem Programm vor das ärztliche Publicum.

Herr Professor Dr. Ed. von Wahl in Dorpat wird an Ersterer als Mitredacteur Theil nehmen und dadurch die Wochenschrift auch in näheren Connex mit der medic. Facultät der Universität Dorpat treten.

Das Programm der Wochenschrift bleibt insofern das frühere, als sie vorzugsweise ein Organ für praktische Aerzte sein will und sich bestreben wird, dieselben stets mit dem neuesten Standpunct der medicinischen Wissenschaft bekannt zu erhalten, indem sie über alle wichtigeren Literaturerzeugnisse Bericht erstattet. Das Augenmerk wird dabei hauptsächlich auf solche Dinge gerichtet sein, welche den Arzt in praktischer Beziehung interessiren können, jedoch ohne dass bedeutendere Arbeiten auf dem rein wissenschaftlichen Gebiete, die zum praktischen Handeln des Arztes in keiner unmittelbaren Beziehung stehen, übergangen werden sollen. Indem die Wochenschrift fortfahren wird, ausser einer möglichst vollständigen Rundschau über die Fachliteratur auch selbständige wissenschaftliche Arbeiten zu bringen, hofft sie ihren Lesern hinreichende Information über Alles bieten zu können, was die wissenschaftliche Welt und den ärztlichen Stand bewegt und interessirt.

Ausserdem aber will die Wochenschrift ihren Lesern in Zukunft eine möglichst vollständige Uebersicht über die von russischen Fachgenossen geleistete Arbeit geben. Es soll sowohl in unseren Besprechungen die in russischer Sprache erscheinende medicinische Litteratur, sofern sie allgemeineres Interesse beanspruchen kann, möglichst vollständig berücksichtigt, als auch das bisher von der Wochenschrift gebrachte Verzeichniss der russischen Bücher und der in Zeitschriften enthaltenen Artikel soweit vervollständigt werden, dass es als ein wirklicher Index der in russischer Sprache erscheinenden medicinischen Schriften wird gelten können. Solch' ein Verzeichniss soll allmonatlich herauskommen. Mit andern Worten: die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift will die Vermittlerin sein zwischen der medicinischen Welt des Ostens und des Westens und dem Letzteren ein möglichst vollständiges Bild des ärztlichen Arbeitens und Lebens in Russland geben.

Um dieses Programm ausführen zu können, bedürfen wir des freundlichen Entgegenkommens unserer Leser und Freunde und ersuchen dieselben, uns durch Mittheilungen ihrer aus der Praxis oder durch wissenschaftliche Untersuchungen gewonnenen Erfahrungen und Resultate unterstützen zu wollen. Wir hoffen in Bezug auf rasche Publication der uns zugehenden Arbeiten — auch grössere Artikel, wenn sie nur nicht gar zu umfangreich sind, werden willkommen sein — allen billigen Anforderungen genügen zu können. Beiträge nimmt die Redaction in deutscher und russischer Sprache entgegen; sie wird für die Uebersetzung Sorge tragen, ohne dass dem Einsender für dieselbe ein Abzug von dem festgesetzten Honorar gemacht wird.

Jeder zum Abdruck gelangende Beitrag — sei er eine selbständige Arbeit, Correspondenz oder Referat — wird honorirt werden, wenn derselbe nicht schon in anderen Zeitschriften publicirt war. Von Original-Artikeln wird dem Autor in jedem Falle eine bestimmte Anzahl Separatabdrücke zugesandt werden.

Der Abonnements-Preis bleibt für Russland der frühere: 8 Rbl. jährlich, 4 Rbl. halbjährlich inclusive Post-Zustellung; in den andern Ländern wird der Preis 16 Mark für das Jahr, 8 Mark für ein halbes Jahr sein.

Für die Redaction bestimmte Mittheilungen bitten wir an den geschäftsführenden Redacteur, Herrn Dr. L. von Holst in St. Petersburg, Evangelisches Hospital an der Ligowka; Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, welche vom 1. Januar 1884 an den Verlag der Wochenschrift übernimmt, richten zu wollen.

Zum Schlusse ersuchen wir unsere bisherigen, sowie die neu eintretenden Abonnenten, ihre Bestellung für 1884 möglichst frühzeitig unter Beifügung *deutlich geschriebener Adresse* zu machen und unsere Bitte um productive Antheilnahme an dem Streben und den Arbeiten der Wochenschrift nicht unbeachtet zu lassen.

St. Petersburg, December 1883. **Die Verlagshandlung. Die Redaction.**

№ 1, die auch als Probe-Nummer dient, hat vergrösserten Umfang: die folgenden №№ werden 1 Bogen umfassen.

Ueber die diagnostische Bedeutung der systolischen Geräusche bei partieller Trennung des Arterienrohrs.

Von

Prof. Ed. von Wahl.

Im Jahre 1881 veröffentlichte ich in dieser Wochenschrift einen Fall von partieller Trennung der Femoralis im Adductorenschlitz nach Schussverletzung, welche durch ein lautes systolisches Schwirren als solche erkannt, zur sofortigen doppelten Unterbindung des Gefässes nach *Antyllus* Veranlassung gab. Der günstige Ausgang dieses Falles, bei dem die gleichfalls verletzte Vena femoralis mit unterbunden werden musste, regte mich einerseits zu Untersuchungen über die Verletzungen der Arterien des Popliteälgebietes an, die in der Dissertation von Eugen Jannsen (Untersuchungen über die Verletzungen der Art. des Unterschenkels und Popliteälgebietes und deren Behandlung. Dorpat 1881) ihren Ausdruck gefunden haben; andererseits zu experimentellen Studien über die Entstehung der Arteriengeräusche im Allgemeinen und die physikalischen Bedingungen derselben bei partieller Trennung des Arterienrohrs im Speciellen. Diese letzteren, von einem meiner früheren Schüler Blau zum Zweck der Lösung einer von der medicinischen Facultät gestellten Preisaufgabe vorgenommenen Untersuchungen sind aus von mir unabhängigen Ursachen bisher unveröffentlicht geblieben; dieselben ergeben aber mit grösster Bestimmtheit, dass die Voraussetzungen, welche mich zur Aufstellung eines für die Diagnose der partiellen Arterientrennung so überaus wichtigen Symptoms geführt hatten, richtige waren und dass mit der richtigen Erkenntniss der Verletzung auch meine Stellungsnahme zu dieser Verletzung in chirurgischer Beziehung eine sehr viel präcisere werden musste. Blau stellte seine Versuche zunächst an Cautschukröhren an, durch welche ein Wasserstrom in continuirlichem oder stossweise unterbrochenem Lauf unter 110 Mm. Hg Druck hindurchgeleitet wurde. In allen Fällen, wo er einen seitlichen Defect oder eine Verdünnung der Wand des Rohres anbrachte, liess sich an der betreffenden Stelle bei der Auscultation ein deutliches continuirliches oder intermittirendes blasendes Geräusch wahrnehmen. Die Versuche aufs lebende Thier übertragend kam er zu demselben Resultate. Partielle Trennungen grösserer Arterienstämme, der Carotis bei Pferden, der Femoralis bei Hunden erzeugten immer hauchende systolische Geräusche, wenn das Blut aus der Gefässöffnung unter Bildung eines arteriellen Hämatoms in die Gewebe eindrang; nur in den Fällen, wo das Arterienrohr durch Thromben geschlossen oder vollständig getrennt war, fehlte das Geräusch. Wenn ich von der Streitfrage absehe, ob diese Geräusche nach der älteren Theorie von Corrigan im Blute selbst oder nach Th. Weber in den Gefässwandungen entstehen, eine Streitfrage die übrigens nach den neuen trefflichen Untersuchungen von Weil wohl zu Gunsten der Oscillationstheorie entschieden sein dürfte, so scheint mir die klinisch und experimentell festgestellte Thatsache, dass partielle Durchtrennungen grösserer Arterienstämme bei offener Arterienwunde und Fortströmung des Blutes im Arterienrohr immer zu systolischen Geräuschen im verletzten Gefässe Veranlassung geben, hinreichend wichtig um die Aufmerksamkeit der Chirurgen hier noch einmal auf diesen Gegenstand zu lenken.

Wie häufig kommt es vor, dass Stich- oder Schussverletzungen der Arterien nicht erkannt werden, weil das Cardinalsymptom dieser Verletzungen, die Blutung zeitweilig sistirt; wie unendlich häufig kommt es vor, dass die fast unfehlbar eintretenden Nachblutungen mit den erneuten Blutinfiltrationen in die entzündeten Gewebe das Leben des Patienten gefährden und die Thätigkeit des Chirurgen in eine falsche Bahn lenken, während eine rechtzeitige Erkenntniss des Sachverhalts auch dem eingefleischtesten Anhänger der Continuitätsunterbindungen keine andere Wahl lassen dürfte, als die Arterie dort aufzusuchen, wo sie von dem Messer oder der Kugel getroffen wurde.

Eine genauere Durchmusterung der Literatur zeigt, dass die Thatsache, welche ich im Auge habe durchaus nicht neu ist, aber bisher unbeachtet im Staube unserer Bibliotheken vergraben lag. — Sollen wir sie auch fernerhin unbeachtet lassen, weil sie in den Compendien noch nicht Aufnahme gefunden hat? Ist es nicht endlich an der Zeit in jedem zweifelhaften Falle, wo die stattgehabte Blutung, die Richtung des Schuss- oder Stichcanals die Verletzung einer Arterie nahelegt, zum Stethoskop zu greifen und die Frage nach der Art der Verletzung und der chirurgischen Hilfe, welche wir leisten sollen, mit einem Schlage zu entscheiden?

Die ältere Casuistik lässt sich leicht übersehen: Guthrie (Diseases and injuries of arteries. London 1846, pag. 9) erzählt von einem Studenten, welcher beim Aderlass die Arteria ulnaris eröffnete. Als er seinen Irrthum entdeckte schloss er die Wunde durch einen festen Verband und es trat ohne Zwischenfall Heilung ein. Obgleich äusserlich kaum eine Geschwulst zu bemerken war, konnte man doch bei aufgelegtem Ohr ein schwirrendes Geräusch wahrnehmen, welches, wie Guthrie sich ausdrückt, offenbar durch Reibung des Blutes an den Schnitträndern der Arterie hervorgerufen wurde. Dieses Geräusch verlor sich in dem Maasse, als die Arterie an der verletzten Stelle undurchgängig wurde. Guthrie fügt hinzu, dass er dasselbe Geräusch nach Stichverletzungen der Arterie des Handgelenkes beobachtet habe und glaubt dass es ihm auch an der Axillar- und Femoralarterie vorgekommen sei.

Guthrie erzählt ferner (ibid p. 31) von einer Stichverletzung der Art. glutäa, welche bei geheilter äusserer Wunde und mangelnder äusserer Pulsation nur durch das Vorhandensein eines aneurysmatischen Geräusches als solche erkannt und mit glücklichem Erfolge durch doppelte Unterbindungen in loco behandelt wurde.

G. Fischer (Kriegschirurg. Erfahrungen. Dorf Floing und Schloss Versailles. D. Z. f. Chir. 1872, p. 221) berichtet über einen Fleischschuss durch das untere Drittel des Oberschenkels eine Handbreit über der Patella. Am 8. Tage nach der Verletzung hört man Schwirren, sieht und fühlt Pulsation. — Digitalcompression der Femoralis. Am 14. Tage Nachblutung, doppelte Unterbindung der Femoralis im Adductorencanal. Die Art. femoralis zeigt einen *Zoll langen Schlitz.* Gangrän des Unterschenkels. Tod am 18. Tage. Lungeninfarcte..

v. Wahl (St. Petersburger med. Wochenschrift 1881 № 7, p. 3). Weichtheilschuss im unteren Drittel des rechten Oberschenkels, starke arterielle Blutung. Blutstillung durch den Schlauch. Eine Stunde später bei der Untersuchung mit dem Stethoskop lautes systolisches Schwirren, das sich nach abwärts in die Fossa poplitaea und aufwärts bis zur Mitte des Oberschenkels fortsetzt; doppelte Unterbindung beider Gefässe im Adductorenschlitz; die Arterie zeigt einen in die Länge gezogenen halbkreisförmigen Defect. Am 12. Tage Nachblutung, Wiedereröffnung der Wunde und nochmalige Ligatur des centralen Endes, von welchem die Schlinge abgeglitten ist. Heilung.

Ich füge jetzt noch einen Fall hinzu, den ich unlängst in meiner Klinik beobachtete:

Johann Paal, 23 J. alt, Maschinist, hat am 16. October Abends einen Messerstich in den rechten Oberam erhalten; das Blut spritzte im Strahl hervor und konnte nur durch Compression und kalte Umschläge gestillt werden. — Wegen Schmerzen und Schwellung des Arms meldete sich Patient den 24. October, also 8 Tage nach der Verletzung in der chirurgischen Klinik zur Aufnahme. Der blassaussehende anämische Patient hat an der äusseren Seite des rechten Oberarms drei Fingerbreit oberhalb des Ellbogengelenks im Sulcus bicipitalis externus eine schräge, etwa 4 Cm. lange, $2^1/_2$ Cm. klaffende, mit Granulationen und Eiter bedeckte trichterförmige Wunde, in deren Tiefe man den angeschnittenen Rand des Biceps erkennt. An der inneren Seite des Oberarms, dem Sulcus bicipitalis internus entsprechend eine ziemlich ausgedehnte Sugillation, welche sich von der Mitte des Oberarms über das Gelenk hinaus an der unteren Seite des Vorderarms etwa 4 Fingerbreit nach abwärts zieht. Zwei Fingerbreit über dem Ellbogengelenk ist die Haut etwas stärker vorgewölbt, in der Ausdehnung einer Haselnuss etwa fühlt man deutliche Pulsation und hört mit dem aufgesetzten Stethoskop ein *systolisches Schwirren,* welches sich nach abwärts bis in die Radialarterie am Handgelenk verfolgen lässt. *Radialplus deutlich fühlbar.* Der Biceps im unteren Drittel härter, infiltrirt, gegen Berührung empfindlich, die Bewegungen im Ellbogengelenk schmerzhaft und etwas behindert.

Diagnose: Stichverletzung der Arteria brachialis mit Bildung eines circumscripten arteriellen Hämatoms, *partielle Durchtrennung des Arterienrohrs.*

Da innerhalb 8 Tagen keine Nachblutung eingetreten war, so glaubte ich warten zu können, bis der eiternde Stichcanal sich geschlossen hätte. Die Nähe einer eiternden Wunde war bei einer neuen Operation jedenfalls nicht sehr erwünscht. Armschiene. Suspension.

Am 25. October 4 Uhr Nachmittags, also den folgenden Tag, trat ohne irgend eine besondere Veranlassung — Patient hatte ruhig im Bett gelegen, Nachblutung ein, die durch die Application des Schlauches sofort gestillt wurde. — Eine Viertelstunde später war ich zur Stelle. Nach Abnahme des Schlauches und provisorischer Compression der Brachialis oberhalb durch einen Assistenten führte ich einen 10 Cm. langen Schnitt im Sulcus bicipitalis internus nach abwärts, spaltete die verdünnte Hauptpartie, unter welcher die Pulsation gefühlt worden war, räumte ein nussgrosses Blutgerinnsel aus und drang mit dem Zeigefinger der linken Hand direct auf die verletzte Arterie ein. Nachdem ich so die Oeffnung in der Arterie gesichert, liess ich die Compression der Arterie oberhalb fortfallen und legte unter Leitung des Medianus zunächst das centrale Ende frei. Bei der schon längere Zeit bestehenden Blutinfiltration der Arterienscheide machte die Isolirung der Venen von den Arterien etwas Mühe. Der laterale Venenstrang wurde mit in die Ligatur gefasst. Als ich jetzt versuchsweise den Finger entfernte, strömte sofort arterielles Blut aus dem peripheren Ende hervor, deshalb auch nach abwärts Isolirung und Unterbindung des Gefässes. Zwischen den beiden Ligaturen wurde ein ca. 1 Ctm. langes Stück mit dem etwa 6 Mm. langen klaffenden Schlitz der Arterie herausgeschnitten. Bei genauerer Besichtigung zeigte sich, dass die Arterie quer angeschnitten war und die Schnittwunde durch Retraction eine längliche ovale Form angenommen hatte. Sorgfältige Desinfection und Drainage des Stichcanals. Armschiene.. Suspension. 3. *Novbr.* Der Stichkanal hat sich mit Granulationen gefüllt, so dass das Drainrohr entfernt werden konnte. Bei Herausnahme der Nähte aus der Unterbindungswunde an der inneren Seite des Oberarms zeigt sich, dass die primäre Verklebung der Wunde nur zum Theil erfolgt war und etwas Eiterabsonderung stattfindet. Temperaturen während der ganzen Zeit normal. 10. *Novbr.* Der Stichcanal geheilt, die Unterbindungswunde bis auf einen schmalen Granulationsstreif geschlossen. Puls in der Radialis fühlbar, wenn auch etwas schwächer als auf der anderen Seite. Den 11. *November* wird Pat. nach Hause entlassen.

Hatte in diesem Falle das systolische Geräusch über der verletzten Arterie die Diagnose der partiellen Trennung des Arterienrohrs mit absoluter Bestimmtheit gesichert, so bestätigt nachfolgende Beobachtung die schon auf experimentellem Wege gefundene Thatsache, dass bei zeitweiliger Obliteration des Arterienrohrs durch einen Thrombus das Geräusch fehlen kann, trotz des Vorhandenseins einer partiellen Trennung. Wenn es in solchen Fällen auch unmöglich sein dürfte die partielle von der completen Trennung mit Sicherheit zu unterscheiden, so ist die Constatirung der Arterienverletzung im Allgemeinen doch ausreichend um das chirurgische Handeln gleich von vornherein zu bestimmen, und die bisher beliebte cunctatorische Politik als gefährlich bei Seite zu stellen.

A. B., 19 Jahre alt, erhielt den 3. November 11 Uhr Vorm. durch zufällige Entladung eines Revolvers einen

Schuss in die linke Seite der Brust gleich unterhalb der Clavicula. Der Verletzung war sofort eine sehr profuse arterielle Blutung gefolgt, welche etwa nach einer halben Stunde von selbst zum Stehen kam. Als der sehr erschöpfte anämische Patient um 12 Uhr auf die Klinik gebracht wurde, fand sich linkerseits auf der vorderen Seite der Brust 2 Fingerbreit unter der Clavicula genau im Verlauf der Arteria subclavia die rundliche Eingangsöffnung des Schusscanals, der Pectoralis major und die Axillargegend durch ein mächtiges Blutinfiltrat vorgewölbt. Kein Puls in der Radialis, Brachialis und Axillaris. — Quälende Schmerzen im Arm und in den Fingern, Sensibilität und Motilität intact. Bei der physikalischen Untersuchung der linken Lunge nichts Abnormes nachzuweisen, weder Husten noch blutiger Auswurf. Mit dem aufgesetzten Stethoscop weder unterhalb der Clavicula noch weiter nach abwärts in den Arterien ein Geräusch wahrzunehmen.

Diagnose: Complete Durchtrennung der Subclavia. Da der definitive Verschluss des getrennten Arterienrohrs in diesen Fällen nur ausnahmsweise erfolgt, die Bildung eines endständigen Aneurysmas nach kürzerer oder längerer Frist vielmehr zur Regel gehört[1], so beschloss ich die Arterie freizulegen und doppelt zu unterbinden. Die Operation war schon um der Beseitigung des colossalen Blutinfiltrats willen indicirt, da sich die Schicksale desselben keinenfalls übersehen liessen, eine Verjauchung der unter dem Pectoralis liegenden Blutgerinnsel das Leben des Patienten jedenfalls ernstlich gefährdet hätte. — Nach Darreichung von Analepticis schritt ich um 1 Uhr zur Operation. Schnitt von der Achselhöhle beginnend nach aufwärts über den Pectoralis major durch die Eingangsöffnung der Kugel bis zur Clavicula; da sich die Gefässscheide in der Achselhöhle frei von Blut zeigte, ein zweiter etwa 10 Ctm. langer Schnitt am Rande des Pectoralis nach abwärts um das Blutinfiltrat aufzudecken. Da dasselbe sich unter den Pectoralis major verliert, so wird dem Laufe des Blutgerinnsels folgend der Pectoralis major durchtrennt, desgl. der Pectoral. minor, unter welchem das Blutgerinnsel eintritt und an dessen oberem Rande der Schusscanal wahrzunehmen ist. Nach Forträumung des zu einem mächtigen Kuchen geronnenen und mit dem umliegenden Zellgewebe verfilzten Blutinfiltrats liegt der Plexus brachialis vor, nach unten die etwas spindelförmig erweiterte Arterie. Zwischen Nerv und Arterie muss die Kugel eingedrungen sein, da sich an dem unteren Rande des Nervenbündels ein kleiner halbkreisförmiger Defect mit gezackten schwärzlich verfärbten Rändern findet. Oberhalb pulsirt die Subclavia deutlich, nach abwärts ist keine Pulsation wahrzunehmen. Da im Bereich des Schusscanals die Blutinfiltration eine genauere Differenzirung der Gewebe unmöglich macht, so wird die Arterie oberhalb und unterhalb freigelegt und beiderseits ein Ligaturfaden durchgeführt. Der obere Faden kommt über der Abgangsstelle der Acromialis zu liegen, weshalb dieser Ast doppelt ligirt und zwischen den Ligaturen durchschnitten wird. Nachdem ich durch leichtes Anziehen der Ligaturen die Arterie oberhalb und unterhalb gesichert hatte, ging ich an die Isolirung des zwischen beiden Ligaturen befindlichen, dem verletzten Nerven anliegenden etwa 5 Ctm. langen Stückes. Hiebei zeigte sich nach Spaltung der Scheide am oberen Rande gegenüber der verletzten Stelle des Nerven ein mandelgrosses festes Gerinnsel. Wie ich dasselbe behufs genauer Untersuchung der Arterie mit der Sonde lockerte, schoss aus dem peripheren Ende ein arterieller Blutstrahl hervor. Die Oeffnung wurde sofort mit dem Finger gedeckt und beide Ligaturen geknüpft. Jetzt überzeugte ich mich nach vollständiger Entfernung des Gerinnsels, dass die Arterie an ihrem oberen Rande einen etwa 2 Ctm. langen Defect mit zackigen Rändern hatte und nur noch eine ganz schmale etwa 2 Mm. breite Brücke die beiden Enden zusammenhielt. Die eingeführte Sonde ergab, dass die Ligaturen beiderseits ca. 2 Ctm. oberhalb der Oeffnung festsassen. Das verletzte Stück wurde herausgeschnitten und von dem Aufsuchen der Kugel Abstand genommen, da dieses nur unter ausgedehnter Freilegung der Nervenstämme möglich gewesen wäre. Desinfection der Wunde mit Sublimat, Vereinigung der getrennten Muskelbäuche mit Catgutsuturen, Drainage des subpectoralen Raumes gegen die Achselhöhle hin.

4. *Novbr.* Pat., welcher sich nach der Operation sehr bald erholt hatte, klagt über lebhafte Schmerzen in der Wunde. T. 38,5. Da gegen Abend etwas Blut durchgesickert, wird der Verband gewechselt. Etwas Schwellung und Schmerzhaftigkeit oberhalb der Clavicula, nach unten zu die Wundränder unempfindlich. 10. *Novbr.* Drain und Nähte werden entfernt. Im oberen Wundwinkel etwas Schwellung und Eiterung aus den Stichcanälen. 12. *Novbr.* Schwellung und Eiterung haben nachgelassen. Die Temperaturen, welche bisher am Abend etwas über 38° standen, sind zur Norm zurückgekehrt. 14. *Novbr.* Pat. verlässt das Bett.

Die Operation zeigte, dass die Diagnose der Arterienverletzung richtig war, dass es sich aber nicht um eine complete Durchtrennung des Rohrs, sondern nur um eine partielle Trennung desselben gehandelt hatte. Prima intentio der ganzen Wunde. Das Fehlen des Pulses unterhalb und das Fehlen eines systolischen Geräusches über der Verletzungsstelle erklärt sich durch den completen Verschluss des Arterienrohrs mit einem festen Gerinnsel. Wenn die Bildung eines obturirenden Gerinnsels bei partiellen Trennungen an und für sich ungewöhnlich ist und hier nur durch die starke Retraction der fast vollständig getrennten Enden erklärt werden kann, so ist es auch sehr unwahrscheinlich, dass der Verschluss von dauerndem Bestande gewesen wäre. Mit der Wiederkehr der Herzkraft hätte sich hier wohl ganz unzweifelhaft Nachblutung eingestellt, oder ein traumatisches Aneurysma entwickelt; die Unterbindung der Arterie wäre später unbedingt nöthig geworden, wenn auch unter sehr viel schwierigeren Verhältnissen.

Sollten diese beiden Fälle nicht die Nothwendigkeit der Primärunterbindungen bei Arterienverletzungen in ein helles Licht setzen?

‹Next to the application of ligatures to both the proximal and distal sides of wounds of arteries I consider it a matter highest in importance in all cases of hemorrhage from a probable lesion of a large artery *to dilate the wound without delay and secure the bleeding vessel by ligature.* (Lidell, l. c. p. 109).

Dorpat, den 15. November 1883.

[1] Lidell: Surgical memoirs I, p. 101, Case XXXVII (of the war of rebellion).

Zwei Myomotomien.

Von
Prof. E. Bidder.

Der erste Fall, über den ich berichte, ist eine typisch nach Schröder'scher Methode ausgeführte supracervicale Amputation des myomatösen Uterus nach Laparotomie. Zur Berichterstattung über denselben verführt mich nicht irgend ein ausserordentliches wissenschaftliches Interesse, das sich an denselben knüpft, wohl aber der locale Umstand, dass diese Operation die erste in dieser Weise hier am Orte ausgeführte ist und der Wunsch, dieser segensreichen Neuerung auch bei uns möglichst rasch Eingang zu schaffen.

Die 41jährige, unverheirathete A. G. hat, so lange sie sich erinnern kann, an profusen Menstruationen gelitten; seit 4 Jahren bezeichnet sie diese Verluste als Blutungen, die sich allmälig immer länger hinzogen, und seit Anfang dieses Jahres eigentlich garnicht mehr sistirten. Eine Geschwulst im Leibe bemerkte sie zuerst vor etwa 10 Jahren. Die verschiedensten Heilversuche sind ganz ohne Erfolg gewesen.

Im September dieses Jahres nahm ich, von meinem Collegen Herrn Dr. Stoll zu der Kranken consultirt, folgenden Status präsens auf:

Grosse, etwas hagere Frau in passablem Ernährungszustande aber hochgradigster Anämie. Der Leib ist ausgedehnt durch einen grossen, höckerigen, sehr derben, garnicht empfindlichen Tumor, der den Nabel um 3 Fingerbreiten überragt; seine obere Hälfte ist schmäler, nach unten verbreitert er sich und geht ins Becken hinein. Per vaginam erreicht man die nach rechts verzogene Vaginalportion, die direct in den Tumor übergeht, der den ganzen Beckenraum ausfüllt und besonders im Douglas tief herabreicht. Die Beweglichkeit der Geschwulst, die den Uterus in sich schliesst, ist seitlich recht gross, gering von unten nach oben, auch in der Knie-Ellenbogen-Lage; bei allen Bewegungen fühlt man aber, wie seine Oberfläche sich am untersuchenden Finger hin und her wälzt. Daraus liess sich seine intraperitonäale Natur und die Abwesenheit bedeutender Adhäsionen mit den Beckenorganen wohl erschliessen. Die Operation wurde am 24. Sept. im Evangelischen Hospital in folgender Weise ausgeführt:

Der Bauchschnitt wurde gleich gross angelegt, bis zum Scheitel der Geschwulst, an einer Stelle ein stärker blutendes Gefäss in der Nähe des oberen Wundwinkels in eine Köberle'sche Pincette gefasst, im unteren Winkel das Peritonäum durch eine Naht an die äussere Haut geheftet. Darauf wurde der Tumor hervorgewälzt und erwies sich nirgends angelöthet; an seinen beiden Seitenrändern verliefen mächtige Gefässstränge mit besonders bedeutend erweiterten Venen. Dieselben wurden nach Schröder's Methode in zwei Portionen doppelt unterbunden und durchschnitten: im Bereich des äusseren Randes des Ligamentum latum, nach aussen vom Ovarium, und im Verlauf des Ligamentum rotundum; beim Durchschneiden erschienen nur wenige Tropfen Blut. Nun wurde um den von dem Cervix gebildeten Stiel eine elastische Schnur angelegt, entsprechend den Schnitten durch das Ligamentum rotundum das Peritonäum circulär umschnitten und der ganze Tumor aus dem Uteringewebe enucleirt, so dass also Uterus sammt Tuben und Ovarien abgetragen wurde. — Nun blutete es etwas aus dem rechten Peritonäalschlitz, unterhalb der Ligatur an den Spermaticalgefässen; derselbe wurde daher bis fast an die elastische Schnur hin nochmals unterbunden. Die Sicherung der Art. uterina war sehr leicht, ihr Lumen nebst denjenigen einiger Nebenäste und Venen trat beiderseits im Winkel des Amputationsstumpfes deutlich hervor und wurde mit starkem Faden kräftig umschnürt. Nun folgte die Etagennaht des Stieles: zwei Etagen zu je ca. 8 Nähten verkleinerten die Wundfläche genügend, so dass über ihnen die Peritonäalränder durch die dritte Nahtreihe bequem geschlossen werden konnten; etwas knapp war es nur im rechten Stielwinkel, aber auch hier gelang der Verschluss vollkommen. Jetzt wurde die elastische Schnur durchschnitten, worauf eine unbedeutende Blutung aus dem linken Stielwinkel noch ein Paar Nähte erforderte. Eine Peritonäaltoilette war kaum nöthig, da von der höchst unbedeutenden, während der Operation verlorenen Blutmenge kaum etwas in die Bauchhöhle gekommen war; doch wurde die Beckenhöhle mit Carbolsäure ausgewischt. Endlich wurde der Stiel versenkt und die Bauchwunde vernäht, wobei ein Paar Stichcanäle ziemlich stark bluteten. Der Verband bestand in Jodoformpulver, Jodoform-Marly, Salicylwatte und einer Flanellbinde. Gebraucht wurde zur äusseren Säuberung 5% ige, zur peritonäalen 3% ige warme Carbolsäure, zum Nähen und Unterbinden ausschliesslich Seide.

Der weitere Verlauf war ausnehmend günstig, ausser dass am 3. und 4. Tage Abends unter heftigen Coliken, aber ohne irgend welche Empfindlichkeit oder Auftreibung des Leibes, die Temperatur bis 39° stieg. Am 4. Abends entleerte ein Clystier reichliche Massen sehr stinkender Fäces, darnach fiel die Temperatur sofort und blieb afebril. Die Bauchnähte wurden am 10. Tage entfernt, die Bauchwunde ist höchst gleichmässig linear vernarbt. — Nach 3 Wochen geht Pat. munter umher, isst mit Appetit und erholt sich sichtlich von ihrer Anämie. Der Stiel ist frei beweglich und macht bei doppelter Untersuchung ganz den Eindruck eines kleinen Uterus.

Die exstirpirte Geschwulst ist ein mächtiges zusammengesetztes Fibromyom, das aus einer Menge bis faustgrosser Knoten besteht, die zum grössten Theil nach aussen wachsend dem ganzen Tumor sein höckeriges Ansehen geben; ein Paar derselben sind aber submucös, haben die Uterinhöhle, die mitten in der Geschwulst liegt, verlängert, erweitert und ihr einen gewundenen Verlauf gegeben; sie sind natürlich auch Schuld an der Uterinblutung gewesen. Es ist klar, dass die unternommene und ausgeführte Operation das einzige Rettungsmittel im vorliegenden Falle darstellte, dass ein conservativeres Verfahren nicht möglich war.

Während die Myomotomie per laparatomiam gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses steht, wird der Exstirpation von interstitiellen Uterusmyomen per vaginam augenblicklich wenig Aufmerksamkeit geschenkt, trotzdem sie unter gewissen Umständen die einzig angezeigte Operation ist. Ist bei der Laparotomie auf Vermeidung der primären Infection das Hauptgewicht zu legen, so droht hier auch noch secundäre Jauchung. Der Erfolg ist nicht so glänzend, wie dort, aber von derselben Bedeutung für die

Patienten und erfordert nicht weniger technisches Geschick. Ein einschlägiger Fall wird in Folgendem mitgetheilt.

Fräulein N. v. N., 39 Jahr alt, kräftig, ziemlich corpulent, leidet seit langer Zeit an weissem Fluss und in den letzten Jahren an einem selten, aber sehr heftig auftretenden Schmerz tief im Becken, der rasch vorübergeht aber momentan sie an jeder Bewegung hindert. Menstruation vollkommen in Ordnung. Eine Untersuchung im Mai 1882 ergab den Uterus verlängert, die ganze hintere Cervicalwand kugelig geschwellt, offenbar durch einen in derselben sich entwickelnden Tumor. Seebäder im Laufe des Sommers und spätere locale Jodbehandlung brachten den Fluor albus zum Schwinden, Pat. war subjectiv zufrieden und der Tumor schien nicht zu wachsen. Im Laufe des Winters und namentlich des Frühjahrs änderte sich aber der Zustand. Der Fluss kehrte wieder, die Stiche zeigten sich häufiger, es trat Gefühl von Drängen nach abwärts ein und Schwäche der Harnblase, freilich ohne Incontinenz. Die Untersuchung ergab, dass der Tumor immer mehr nach oben und hinten wuchs, so dass sein oberer Theil 3 Fingerbreit über der Symphyse zu fühlen ist, während der untere als grosse kugelig geschwollene hintere Muttermundslippe die Vagina füllt. Die Länge des Uterus ist nur 3½ Zoll, indem sein Körper als kleines Anhängsel der vorderen linken Fläche des Tumor ansitzt. Zweifelhaft bleibt es, ob der Tumor über den inneren Muttermund in die hintere Wand des Körpers hineingewachsen ist, oder nicht, jedenfalls liegt er nach hinten und oben dem Peritonäum des Douglas bereits bedenklich nahe. Unter solchen Umständen musste zu einer radicalen Hülfe geschritten werden, da in kürzester Zeit bedenklichere Einklemmungserscheinungen zu erwarten waren. Ob eine Totalexstirpation in einer Sitzung möglich sein werde, konnte a priori nicht entschieden werden, wahrscheinlicher war eine nur theilweise mögliche Excision und ein weiteres Verfahren je nach den Folgen einer solchen.

Operirt wurde am 15. Mai a. c. in folgender Weise. Die kappenartig über den hinteren, kugeligen Theil der Cervix ausgespannte vordere Lippe wurde durch beiderseitige tiefe Scheerenschnitte von ersterem abgelöst, der Tumor mit Muzeux'schen Zangen gefasst und abwärts gezogen. Der Zug hatte fast gar keine Wirkung, so dass vorläufig aus der Geschwulst nur ein tiefer Keil ausgeschnitten wird, dessen Basis die hintere Lippe bildete, während seine Spitze gegen den inneren Muttermund sah. Die Blutung dabei war nicht bedeutend, der Tumor sehr derb, beim Schneiden knirschend. Der Verband bestand in Bestreuung der Wundfläche mit Jodoformpulver, Tamponirung der Vagina mit Jodoform-Marly und darauf geschobenen Kugeln von Salicylwatte. — In den ersten Tagen nach der Operation zeigte sich etwas blutige Absonderung und am zweiten Tage etwas Geruch; daher wurde der Verband gewechselt, wobei constatirt werden konnte, dass die Zersetzung *nur im Bereich der Salicylwatte* sich bemerklich machte, während im Bereiche der Jodoform-Marly der Verband aseptisch geblieben war. Salicylwatte wurde nicht mehr benutzt. Vom 6. Tage an war die Absonderung der Wundfläche fast Null. Die Temperatur blieb afebril.

Sehr günstig gestalteten sich aber auch die räumlichen Veränderungen an den Genitalien. Der ursprünglich sehr hochstehende Tumor fing an sich aus seiner durch den Keilschnitt gespaltenen Kapsel heraus in die Vagina zu senken und füllte dieselbe nach Verlauf einer Woche nach der Operation vollständig, wie ein Kindskopf aus; seine obere Grenze war per vaginam nicht zu erreichen; oberhalb der Symphyse stand er aber bedeutend niedriger, hatte sich also in toto gesenkt. Dadurch war die Möglichkeit der Totalexstirpation gegeben, die am 27. Mai ausgeführt wurde.

Der mit Muzeux'schen Zangen gefasste Tumor wurde abwärts gezogen und während dessen allmälig mit dem Finger aus seiner Hülse herausgeschält, nur an einer einzigen Stelle waren ein Paar Scheerenschläge nothwendig. Am schwierigsten war das Durchleiten der gelösten Geschwulst durch die enge, jungfräuliche Vulva, wobei denn auch ein kleiner Dammriss entstand, der genäht werden musste. Die Blutung war gering. Die Vagina wurde mit einem Paar Streifen Jodoform-Marly tamponirt.

Ebenso wie nach der ersten Operation zeigte Pat. auch dieses Mal sehr unangenehme Chloroformnachwirkungen: Collapsartigen Zustand, fadenförmigen, aussetzenden Puls, Cyanose, Athemnoth, Erbrechen. Dazu kam eine Stunde nach der Operation eine ziemlich heftige Nachblutung, die eine genaue Tamponade der ganzen Geschwulsthöhle nöthig machte, so dass die ersten Stunden p. o. sehr ungemüthlich waren. Aber auch dieses Mal verlief der Heilungsprocess fast absolut fieberlos, die Wundhöhle verkleinerte sich vortrefflich, so dass nach ein Paar Wochen die Untersuchung nur einen normalen Uterus mit stark lacerirter Vaginalportion nachwies. Pat. genas vollkommen, die früheren Beschwerden waren ganz geschwunden, nur ruft eine granulirende Stelle der vorderen Lippe noch etwas Fluor albus hervor.

Der exstirpirte Tumor hat die Gestalt einer sehr regelmässigen Ellipse von 15 resp. 8 Ctm. Durchmesser, den Kopfmaassen eines Neugeborenen fast genau entsprechend, und derbelastische Consistenz; die Stelle, wo das erste Mal operirt worden war, hat ihr Niveau mit demjenigen der übrigen Geschwulst bereits ganz ausgeglichen, erkannt wird sie nur an der rauheren Beschaffenheit, zeigt keine Spur von Zersetzung oder auflagerndem Secret.

Die vielfach perhorrescirte Operation von Uterusmyomen per vaginam en deux temps hat sich in diesem Falle also trefflich bewährt, ist sogar erst möglich geworden durch die nach dem ersten Eingriff erfolgte Verlagerung des sehr schwer zugänglichen Operationsfeldes. Die Vordrängung des Tumors nach der Capselspaltung beweist, dass auch der obere Umfang desselben nicht unmittelbar an das Peritonäum stiess, sondern noch vom Uterinmuskel bedeckt war, welcher dann die Ausstossung besorgen konnte, was vorher durch die Exploration allein festzustellen nicht möglich war. Die Gefahr der Jauchung, die früher nach Verwundung von Uterusmyomen immer drohte, lässt sich mit unseren gegenwärtigen Mitteln wohl vermeiden, wie die ganz aseptische Beschaffenheit der ersten Schnittfläche 13 Tage nach ihrer Anlegung beweist. Darum ist die vaginale Exstirpation, wenn überhaupt möglich, der immerhin gefährlicheren Laparotomie vorzuziehen.

Referate.

Prof. Leopold: Untersuchungen über Menstruation und Ovulation. (Archiv für Gynäkologie 3 Heft Bd. XXI. 1882.)

Verf. sucht folgende Frage zu beantworten: «In welchem Verhältnisse steht die Reifung resp. Berstung eines Follikels und die Bildung eines Corpus luteum zu der 4-wöchentlichen Blutung. Oeffnet sich überhaupt bei jeder Menstruation ein Graaf'scher Follikel, und wann ist dies der Fall? Geschieht es vor oder während oder nach der Regel (der zwischen zwei Menstruationen?» Um diese Frage zu entscheiden, bedarf es eines sicheren Materials, der Ovarien von plötzlich oder nach sehr kurzer Krankheit verstorbenen, oder von castrirten Frauen, und ausserdem sicherer Anamnesen in Bezug auf deren Menstruationsverhältnisse. Unter Beihülfe mehrerer Gynäkologen verfügte Leopold über ein Material von 29 Paaren Ovarien, die grösstentheils durch Castration gewonnen waren, und zwar waren die Ovarien allen Zeitpuncten innerhalb zweier Menstruationsperioden entnommen worden. Für absolut beweisend hält er sein Material nicht, seine Resultate müssen erst durch weitere, zahlreichere Untersuchungen bestätigt werden, aber eine Reihe von Thatsachen, die sich auf die Follikel und gelben Körper beziehen, hat er gefunden, die in Folgendem mitgetheilt werden mögen.

1) *Follikel. Zu allen Zeiten* findet man reife, prominente, springfertige Follikel mit äusserster Verdünnung ihrer Zuspitzung und mit Gefässkranz auf derselben; nicht etwa vorwiegend um die Zeit der Menses herum, sondern am 1, 3, 5, 9—10, 12, 12—13, 14, 15 16 und 22 Tage. *Zu allen Zeiten* findet man frisch geborstene Follikel, die sich soeben oder vor Kurzem spontan geöffnet haben. Und zwar sind das durchaus nicht immer die grössten Follikel. Eine feinste Oeffnung oder ein kleiner Schlitz auf der Oberfläche führt in eine collabirte Follikelhöhle, welche sich noch nicht oder erst wenig mit Blut erfüllt hat und documentirt den Follikelaufbruch als erst vor wenigen Stunden erfolgt. Oder eine zarte blutige bereits verklebende Narbe liegt über einer kleinen Bluthöhle, die schon dicker infiltrirte Wände hat, und macht es wahrscheinlich dass hier der Aufbruch schon vor 1—2 Tagen stattgefunden haben wird. Ein einmaliger Coitus an einem beliebigen Tage zwischen zwei Menses kann somit auf den Tag einer Follikelruptur oder in dessen nächste Nähe fallen, und sogleich Empfängniss eintreten. Klinische derartige Beispiele sind ja in Menge vorhanden. Interessant sind noch zwei Vorkommnisse bei den Follikeln: erstens ihre starke *Aneinanderlagerung in* mehreren Fällen, wo man beobachten kann *dass die Septa stark* verdünnt sind und die 2—3 Eispitzen unter der höchsten Prominenz zusammentreffen. Ein natürlicher Aufbruch kann dann zwei bis drei Follikel auf ein Mal öffnen, und eine der Ursachen für mehrfache Schwangerschaft abgeben. Zweitens findet man zuweilen *Blutfollikel*, vollständige Erfüllung nicht aufgebrochener Follikel mit frischem Blut. Dieselben können sowohl peripher wie central liegen. Ist der Vorgang durch abnorme Wandstärke der Follikel veranlasst, und ist er zur Erklärung der ovariellen Dysmenorrhoe vielleicht heranzuziehen?

2) *Corpora lutea* Das typische Corpus luteum erscheint am ersten Tage als soeben aufgebrochener Follikel, der sich mit Blut füllt, am 3. Tage als enorme Bluthöhle, vom 8. Tage feine Rinde und hellerer Kern, vom 12 Tage wird die Rinde dicker und faltet sich. Vom 16. Tage ab wird sie blassroth bis gelblich. Gegen den 20. Tag schrumpft der Kern erheblich, am 24.—35. Tage ist nur noch ein blasser Kern mit hellgelber enggefalteter Schale vorhanden. Diese Schilderung setzt voraus, dass der Follikel am ersten Tage der Menses geborsten war. Wir sahen aber, dass die Follikel zu verschiedenen Zeiten bersten können; wird es demnach nicht auch verschiedene Corpora lutea geben müssen? Bricht ein Follikel in der Zwischenzeit der Menses auf, so begreift man, dass der Bluterguss ein geringerer, dass die Rückbildung demgemäss eine schnellere, sowie dass das zurückbleibende Residuum ein ganz geringfügiges ist, ein atypisches Corpus luteum darstellt. Ihrem Werthe nach aber stehen beide ganz gleich, denn beiden liegt ein geborstener Follikel zu Grunde. Wie oft findet man bei Sectionen kein der Menstruation entsprechendes Corpus luteum! Jetzt wissen wir, dass man nicht nur nach einem typischen, sondern auch nach einem atypischen zu suchen hätte. In 9 Fällen findet Leopold kein der letzten Menstruation entsprechendes Corp. lut., er stellt dahin, ob das seinen Grund darin haben sollte, dass die betr. Frauen alle an mehr oder weniger schwerer Anaemie litten. Jedenfalls ist durch diese Fälle erwiesen, *dass die dagewesene Menstruation nicht jedesmal den Nachweis eines um die betreffende Zeit geborstenen Follikels verlangt*. In einem Falle dagegen hat L. constatirt, dass *trotz fehlender oder* (nicht wegen Schwangerschaft) *ausbleibender Periode sich doch ein typisches Corp. luteum bilden kann*. Würden solcher Beispiele noch mehr bekannt werden, so könnte man das Abhängigkeitsverhältniss zwischen Menstruation und Ovulation so ausdrücken, *«dass reife Follikel zu jeder Zeit bersten können; dass dem entsprechend durch den Turnus der Menstruation die Corpora lutea typische oder atypische sind; dass aber sowohl Menstruation ohne Ovulation, als auch Ovulation ohne Menstruation vorkommen kann*.

Die Menstruation sieht L. als «eine dem weibl. Organismus typische Erscheinung an, welche ihren Grund in den Ovarien, ihre äussere Erscheinung im Uterus hat. Infolge der Periodicität gehört sie in die Reihe anderer rhythmischer Lebenserscheinungen, wie z. B. Puls und Respiration, deren Rhythmus ätiologisch eben so wenig aufgeklärt ist wie der der 4-wöchentlichen Blutung.» Die Blutung tritt nicht eher auf, als bis der Uterus eine bestimmte Ausbildung erlangt hat, während die periodische Congestion zu den Genitalien vielleicht schon lange vorher begonnen hat. Ferner ist die Blutung abhängig vom Gesundheitszustande des Gesammtorganismus, und speciell noch vom Zustande des Uterus und seiner Schleimhaut. Alle Thatsachen sprechen dafür, dass bei der Menstruation der Uterus nur eine passive Rolle spielt, seine periodische Blutung ist nur der sichtbare Ausdruck dafür, «dass es in der Werkstatt der Ovarien immer thätig hergeht.» Am meisten lehnt sich Leopold bei Beurtheilung der Menstruation an die Theorie von Pflüger an: Das Wachsthum der Zellen übt einen continuirlichen Reiz auf die Ovarialnerven aus, der reflectorische Ausschlag erfolgt als Congestion zu den Genitalien.

Für künftige Untersuchungen hat der Verf. eine Reihe von Fragen formulirt auf deren Beantwortung vor Allem Gewicht zu legen wäre, selbige hier anzuführen, würde über Gebühr Raum beanspruchen, — ohnehin sollte Jeder sich für diese Frage Interessirende das höchst interessante Original nachlesen. Zwei der Arbeit angehängte Tafeln geben in Farbendruck das zu Grunde liegende Material wieder, die untersuchten Ovarien, die von Künstlerhand gezeichnet sind, und Verf. hat Recht, wenn er sagt, das eine getreue und vorzügliche Abbildung, zumal von Objecten aus einem noch dunklen Gebiete, weit mehr sagt und die Arbeit jedes nachfolgenden Forschers viel mehr fördert, als die ausführlichste Beschreibung. S—t.

Georg Fischer: Ein Ladestock im Gehirn. Heilung. (Deutsche Zeitschrf. f. Chirurg. Bd. XVIII. Heft 5 u. 6.)

Folgenden einzig in der Literatur dastehenden Fall erzählt der Verfasser: Auf einem Schützenfest in Hannover passirte es beim Aufmarsch, dass sich ein Carabiner, in dessen Lauf noch der Ladestock sass, entlud. Der Ladestock fuhr dem Vordermann Mutz in den Rücken durch den Hals und Kopf und ragte aus diesem hervor. Mutz taumelte ohne zu stürzen und wurde hingelegt, lag röchelnd und regungslos da, ohne auf Fragen zu antworten. Ein Anwesender versuchte einmal am Ladestock zu ziehen, wobei er den Oberkörper des Kranken vom Boden hob, gab aber sogleich den Versuch auf. Auch ein Bauer machte einen Extractionsversuch, wobei er den Kranken an dem Ladestock eine kurze Strecke fortschleifte. Hierbei war der Ladestock weiter aus dem Kopf getreten. Als noch andere Bauern daran ziehen wollten, wurden sie durch den alten Schullehrer des Dorfes daran verhindert. Der hinzugerufene Arzt constatirte dass Mutz vorher erbrochen hatte, jetzt zu Uebelkeiten geneigt war, tief athmete und die an ihn gestellten Fragen richtig beantwortete.

Vier Stunden nach der Verletzung sah der Verf. den Pat. im Hospital. Aus der linken Seite des Kopfes, 8 Cent. senkrecht über dem Foram. supraorbitale, ragte das stumpfe Ende eines eisernen Ladestocks 30 Cent. lang schräg nach links in die Höhe. Die behaarte Haut umschloss den Stock dicht, kein Tropfen Blut war ausgetreten. Rechts am Halse war unter dem Unterkieferwinkel Schwellung und Schmerz auf Druck, und undeutlich eine Härte zu fühlen. Im Rachen fühlte der Finger nichts Abnormes. Zwischen rechtem Schulterblatt und Wirbelsäule, in der Höhe des vierten Brustwirbels befand sich eine Schusswunde von der Grösse eines Zehnpfennigstücks mit schwärzlichen Rändern. Der Pat. konnte sich aufrecht halten, war aber matt und apathisch, doch gab er vernünftige Antworten, wusste sich auf den ganzen Hergang zu besinnen. Die Pupillen waren gleich weit, Pat. glaubte nicht ganz so deutlich zu sehen wie sonst. Aus dem rechten Nasenloch floss etwas Blut. Der Athem war regelmässig, der Puls arythmisch, 60. Der Bruder des Verletzten erklärte, der Ladestock entstamme einem Carabiner, habe somit am Ende einen dicken Knopf. Da solche Ladestöcke kurz sind, so musste das untere Ende tief im Halse sitzen. Ohne Narcose wurde nach weitem Schnitt am Halse, der Knopf des Ladestockes tief im oberen Theil der Regio sternocleid. gefunden. Die grossen Gefässe wurden nicht gesehen. Der Ladestock sass so fest eingekeilt im Schädeldach, dass um ihn erst Knochen weggemeisselt werden musste bis es gelang ihn mit kurzen wiederholten Hammerschlägen nach unten zu treiben und zu extrahiren. Keine Blutung. Der Kranke war während der Operation bei Bewusstsein und gab seine Theilnahme durch Bemerkungen zu erkennen. Während der Ladestock mittelst Hammerschlägen durchgetrieben wurde und hinterher noch einige Secunden lag Pat. regungslos da. Als Verf. ihm dann zurief: Mutz, lebst du noch? antwortete er richtig: Ja. Beim Nähen wurde er lebhafter und äusserte Schmerzen.

Nach der Operation, welche ca. eine Stunde gewährt hatte, war der Puls voll, rhythmisch, 72. Der eiserne Ladestock war 50 Centm. lang, in der unteren Hälfte 6 Mm., in der oberen 7 Mm. dick. Am vorstehenden Ende waren mehrere seichte Einkerbungen. Der Knopf war glatt, scheibenförmig und hatte einen Umfang von 4 Centim.

Aus dem Verlauf der Verletzung referiren wir nur kurz: Die Gehirnsymptome waren verhältnissmässig sehr geringe, anfänglich Erscheinungen von Gehirnerschütterung, später geringe von Gehirndruck. Das Gedächtniss hatte zeitweilig gelitten. Einige Tage Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit aus dem rechten Nasenloch,

Amaurose des rechten Auges, Eiterung aus dem rechten Ohr, Temperatur nur wenig erhöht. Pulsfrequenz sehr niedrig, mehrere Tage sogar nur 44. Respiration, Verdauung, Urinabsonderung waren wenig oder garnicht alterirt. Die Länge des Schusscanals vom vierten Brustwirbel bis zum Stirnbein betrug 35 Centim. Im Charakter des Pat. wurden keine Veränderungen wahrgenommen. Im Beisein des Verf.'s machte Henle in Göttingen an der Leiche den Versuch, die beschriebene Verletzung möglichst genau nachzuahmen. Fussend auf den am Pat. beobachteten Symptomen und den Resultaten des Experiments stellte Verf. folgende Diagnose über den Verlauf des Schusscanals: Der Ladestock ist nach seinem Eintritt am Rücken zwischen M. splenius cervicis und M. levator scapulae ohne Verletzung der Brusthöhle vor der Ven. jugular int. und Art. carotis comm. in der Nähe ihrer Theilungsstelle, hinter dem M. sterno-cleido-mast., hinterm Bauch des Biventer, M. stylohyoid. und styloglossus hinaufgegangen. Unmittelbar hinter dem hinteren Rande der medialen Wurzel des Proc. pterygoid. ist der Ladestock in die Schädelbasis getreten. Er hat die rechte Wespenbeinhöhle, die untere Wurzel des Orbitalflügels durchsetzt, ist durch den rechten Canalis opticus mit Zerreissung der Sehnerven gegangen und auf dem Limbus sphenoidalis des Wespenbeins in die Schädelhöhle getreten. Hier hat er den rechten Gyrus rectus getroffen, und ist dann eine Strecke weit frei zwischen beiden Hemisphären, an der linken Seite der Falx cerebri hinaufgegangen. Darauf zwischen beiden Gyri fornicati durch, dicht vor dem vorderen Rande des Balkenknies hinauf, hat er in einer Länge von 3 Cm. den linken Gyrus frontalis superior durchsetzt, und ist durch das Stirnbein aus der Schädelhöhle in's Freie getreten. Nach 9 Wochen wurde Pat. geheilt aus dem Hospital entlassen, nach 11 Monaten war er noch ganz gesund, verrichtete alle schweren Arbeiten eines Dienstknechts, tanzte Nächte hindurch, nur die rechtsseitige Amaurose bestand fort. T.

P. Bröse: Das Sublimat als Desinficiens in der Geburtshülfe. (Centralblatt für Gynäkologie № 39. 1883).

Bröse referirt über 330 Geburten an der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin, wo das Sublimat als alleiniges Antisepticum mit Beginn des Sommersemesters angewandt wurde, und empfiehlt dieses Desinficiens auf's wärmste. Die Resultate waren auch hier viel bessere als früher. Die Morbilität betrug nur 10,d. h. 3,3 %. Von diesen 10 Erkrankten starben 2 = 0,6 %. Der erste von diesen Todesfällen betraf eine 30-jährige Primipara, mit allgemein verengtem Becken. In Folge lang dauernden Druckes des Kindskopfes Gangrän der vorderen Uteruswand und secundäre Sepsis. Der zweite Todesfall betraf eine 23-jährige Primipara, Forceps, Tod am 6. Tage an septischer Peritonitis. Trotz sorgfältiger Untersuchung konnte die Quelle der Infection nicht entdeckt werden. Die übrigen 8 Erkrankungen waren ganz leichter Art.

Unter den 330 Geburten fanden sich pathologische Entbindungen und operative Fälle: 4 Mal Placenta praev., 27 Mal Forceps, 19 Wendungen, 4 Mal die Placenta manuell entfernt, 2 Mal künstliche Frühgeburt.

Eine dieser Frühgeburten spricht besonders deutlich für die Vorzüglichkeit des Sublimats als Antisepticum, denn die künstliche Frühgeburt trat erst ein am 17. Tage nach Einlegung der ersten Bougie und war ausserdem von einer schwer zu stillenden post partum Blutung begleitet. Trotzdem ganz normales Wochenbett. W.

K. Dehio (St. Petersburg): Ueber die klinische Bedeutung der acut-entzündlichen subchordalen Schwellung und die Entstehung des bellenden Hustens in der Laryngitis des Kindes. (Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XX. 1883).

Verf. hat in der Ambulanz des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg diejenigen Fälle von acuter catarrhalischer Laryngitis bei Kindern gesammelt, wo sich laryngoskopisch die schon von Rauchfuss beschriebenen acut-entzündlichen Schwellungen der innern untern Flächen der Stimmbänder constatiren liessen. Zehn Krankengeschichten geben sowohl die genauere Beschreibung des laryngoskopischen Befundes, als auch die klinischen Symptome dieser nichts weniger als seltenen Erkrankungsform des kindlichen Kehlkopfes.

Verf. hat nun in allen den Fällen, wo sich laryngoskopisch eine solche Schwellung nachweisen liess, stets das Auftreten des bekannten, bellenden Kinderhustens beobachtet, ebenso wie er umgekehrt bei Abwesenheit dieser gleich unterhalb der freien Stimmbandränder gelegenen entzündlichen Schleimhautwulstungen nie einen bellenden Ton des Hustens gefunden hat, mögen die sonstigen catarrhalisch-entzündlichen Veränderungen des Kehlkopfinnern noch so hochgradig entwickelt gewesen sein. Schon dieser Umstand weist darauf hin, dass der bellende Hustenklang durch die Gegenwart der subchordalen Wülste hervorgerufen wird; in einem Fall aber (cfr. Krankengesch. № 10) ist es Verf. auch gelungen, direct laryngoskopisch nachzuweisen, dass beim Husten die subchordalen Wülste es sind, welche von der Exspirationsluft des Hustenstosses erfasst und in Schwingung versetzt, den charakteristischen bellenden Hustenton hervorrufen. Je jünger das Kind und je enger somit der erkrankte Kehlhopf ist, desto leichter können nun die subchordalen Schwellungen zu einer bedeutenden Verengerung des Kehlkopflumens und zu den Erscheinungen der Athmungsbehinderung, der Laryngostenose führen, wie das schon Rauchfuss nachgewiesen hat. Es wird dann neben dem bellenden Husten noch sägendes, stenotisches Athmungsgeräusch, inspiratorisches Einsinken des Jugulum und Epigastrium, kurzum das vollständige Bild des kindlichen Pseudocroup eintreten. und in der That hat Verf. (cfr. d. Krankengesch. № 3) in einem manifesten Fall von Pseudocroup laryngoskopisch nachgewiesen, dass die dieser Erkrankung zu Grunde liegende pathologisch-anatomische Veränderung des Kehlkopfes eben in der acut-entzündlichen Schwellung der Schleimhaut der untern Stimmbandflächen bestand. Je nachdem nun diese entzündliche Schleimhautveränderung sich auf die Regio subchordalis beschränkt, oder auch auf die übrigen Partien der Stimmbänder, resp. auf das ganze Kehlkopfinnere übergreift, ist die Stimme klar oder mehrweniger heiser, oder auch ganz aphonisch. Die subchordale Schwellung an sich bedingt keine Heiserkeit, da sie die Functionen der stimmerzeugenden Stimmbandränder nicht beeinträchtigt.

Zum Schluss macht Verf. darauf aufmerksam, dass auch bei der schweren fibrinösen Laryngitis stets eine acute Schwellung der unteren Flächen der Stimmbänder die fibrinösen Exsudation vorhergeht, und den gefürchteten bellenden Hustenton des echten Croup hervorruft. —e—

Kassowitz: Rhachitis und Osteomalacie. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde XIX Bd. 4. Heft.)

Verf. wendet sich gegen einen, auch von uns s. z. referirten Aufsatz von Rehn, in welchem letzterer eine neue, von der Rhachitis durchaus verschiedene Krankheitsform, die Osteomalacie des Kindesalters, aufgestellt hatte. K. hält dies für unstatthaft da seiner Ansicht nach Rhachitis und Osteomalacie, wenigstens was das histologische Bild betrifft, vollständig identische Processe darstellen.

Indem wir den kritischen Theil übergehen, welcher sich mit Widerlegung der einzelnen, von Rehn zu Gunsten seiner Meinung ins Gefecht geführten Momente befasst, erlauben wir uns dafür etwas länger dort zu verweilen, wo V. die Gelegenheit ergreift, seine eigenen, theilweise aus früheren Publicationen bereits bekannten Anschauungen über das Wesen beider Krankheiten darzulegen und weiter auszuführen. Dieser Theil ist um so werthvoller, als er sich nicht blos auf eine ganze Reihe eigener Untersuchungen *beider* Krankheitsformen stützt, sondern, was äusserst wichtig ist, neben dem pathologischen Befunde stets auch die *normalen* Wachsthumsvorgänge des Knochens, mit denen V. sich ebenfalls eingehend beschäftigt hat, im Auge behält.

Was zunächst das Weichwerden der Knochen bei der Rhachitis sowohl wie bei der Osteomalacie betrifft, so beruht dies nicht, wie man bisher meist annahm, darauf, dass die Kalksalze aus dem *bereits fertigen* Knochen *ausgelaugt* werden, sondern darauf, dass der *fertige, kalkhaltige Knochen resorbirt* und durch neues kalkloses oder mangelhaft verkalktes Gewebe *ersetzt wird*.

Beide Processe, Einschmelzung kalkhaltigen und Anbildung kalklosen Gewebes sind im Ganzen dieselben wie sie fortwährend im normal wachsenden Knochen vor sich gehen, nur outrirt und verzerrt wie Verf. sich ausdrückt, und finden auch in derselben Weise statt: 1. durch *äussere Apposition* vom Periost und Zwischen-Knorpel aus und 2. durch *innere Apposition* in der Substanz des Knochens selber, im Markraum sowohl wie im compacten Gewebe.

In Bezug auf das Wesen beider Krankheitsformen spricht K. die Ansicht aus, dass es sich hier um einen *entzündlichen Vorgang* im Knochen handelt, der sich ebenfalls in den 3 genannten Richtungen äussert und schon für das blosse Auge durch die bekannte krankhaft gesteigerte Vascularisation des Periostes und der Gelenkenden, sowie vermehrte, unregelmässige Markraumbildung andererseits manifest wird. So lange die hierdurch hervorgerufene, vermehrte Plasmaströmung besteht, kann es nicht zur Kalkablagerung kommen und findet letztere erst dort statt, wo bereits eine Involution der neugebildeten Gefässe begonnen hat.

Unterschiede zwischen Rhachitis und Osteomalacie ergeben sich erst in sofern, als das eine Mal ein noch wachsendes Knochensystem befallen wird, bei dem namentlich die äusseren Appositionsvorgänge sehr lebhafte sind. Daher kommt es hier, neben dem Weichwerden, auch zu Verdickungen der Gelenkenden, während bei der Osteomalacie der Erwachsenen, bei denen jegliche Art Wachsthum des Skelets schon aufgehört hat, auch Gestaltsveränderung der befallenen Theile ausbleiben, da es sich nur um eine Wiederaufnahme der inneren Resorptions- und Appositionsvorgänge handelt; bei der Rhachitis haben wir eine Periostitis, Chondritis *und Ostitis* vor uns, bei der Osteomalacie eine *Ostitis allein*. —s.

Wilh. Tauffer: Beiträge zur Lehre von der Castration der Frauen, im Anschluss an 12 Fälle. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie B. IX. H. I. 1883).

Mit einem Erfahrungsmaterial von 12 (resp. zur Zeit der Veröffentlichung 14) glücklich verlaufenen Fällen tritt Verf. für die volle Berechtigung dieser Operation ein.

Verf. huldigt im Allgemeinen den Hegar'schen Principien, nur kann er folgenden Bedingungen desselben nicht beipflichten. Erstens hält Verf., im Gegensatz zu Hegar die Operation auch bei solchen Kranken für gerechtfertigt, welche sich in der Nähe der natürlichen Klimax befinden, sobald lediglich der Ausfall der geschlechtlichen Functionen und die rückgängige Involution der Sexualorgane als

Mittel des Heileffects benutzt werden soll, denn die Zeit des Eintritts der Klimax lässt sich nicht vorher berechnen, da selbst bei normalen Sexualorganen dieselbe zwischen 4 bis 6 Jahren schwankt. Zweitens glaubt Verf. dass Hegars Bedingung «man müsse vor der Operation die Ovarien erst sicher gefühlt haben», eine zu strenge sei, da bei stricter Befolgung dieser Beschränkung manche Fälle unoperirt bleiben müssten, wo sich die Operation als segensreich erweise.

Nach der Hegar'schen Gruppirung vertheilen sich die Fälle wie folgt: I) kleine Geschwulst, 1 Fall, II) kleincystöse, folliculare Entartung der Ovarien, Degeneration des Stroma, 3 Fälle, III) derartiger Zustand des Uterus, dass die Menstruation unmöglich gemacht oder erschwert wird, bei normal functionirenden Keimdrüsen, 1 Fall, IV) Structurerkrankung des Uterus, Myofibrom in 2 Fällen. V) Krankhafte Lageveränderung des Uterus und der Ovarien, 2 Fälle. VI) Periuterinale und periovariale Entzündung, Beckenbindegewebsentzündung und Salpingitis, 1 Fall. VII) Mit dem Geschlechtsleben zusammenhängende Geisteskrankheiten, 2 Fälle.

In Bezug auf die letzte Indication, die als neu vom Verf. aufgestellt worden ist muss bemerkt werden, dass in dem einen Fall die Psychose entschieden gebessert wurde, während in dem anderen rapide Verschlimmerung eintrat.

Unter den 14 am Schluss der Arbeit zur Discussion aufgestellten Sätzen, mögen noch folgende hier Erwähnung finden. Die Castration möge stets beiderseitig ausgeführt werden, selbst dann, wenn die Erkrankung nur einseitig ist, da das zurückgelassene Ovarium zu ähnlicher Erkrankung disponirt sei; ausgenommen sind die Fälle, wo besondere Umstände die Zurücklassung des anderen, scheinbar gesunden Ovariums wünschenswerth machen. — Bei der Castration ist auch die Entfernung der Tuben *unbedingt* nothwendig, sobald an denselben die geringste Krankheit wahrnehmbar ist. — Hysterische Epilepsie ist durch Castration heilbar. — Die Frage, ob gewisse Psychosen durch die Castration heilbar seien, ist als eine offene zu betrachten. W.

Tschish: Ueber Veränderungen des Rückenmarks bei Intoxicationen mit Morphium, Atropin, Argentum nitricum und Kal. bromatum. (Beilage zum Morsk. Sbornik Sept. 1883.)

Verf. vergiftete im Laboratorium der Klinik von Prof. Mierzziejewski Hunde mit den obengenannten Substanzen, welche in *bestimmten Mengen* und Zeiträumen den Thieren beigebracht wurden. Die Vergiftungen werden in acute (Tod nach einigen Stunden oder Tagen) und chronische (Tod nach mehreren Tagen bis zu 3 Monaten) eingetheilt. Veränderungen im Rückenmarke bei Vergiftungen mit Morphium, Bromkali und Atropin fanden sich nur in chronischen Fällen, in acuten und chronischen Intoxicationen mit Argentum nitricum. Die pathologischen Veränderungen betrafen meist die ganglösen Elemente, deren Protoplasma gequollen, trübe und körnig-verfettet erscheint, wobei auch in den Zellenleibern viele Vacuolen auftreten. Die Kerne waren fettig degenerirt, was besonders bei der chronischen Vergiftung mit Atropin und Morphium scharf hervortrat. Die Fortsätze derselben waren in sehr protahirten Fällen körnig-fettig degenerirt, fehlten zuweilen vollständig. In der grauen Substanz findet man überall kleinkörnigen Zerfall, das Nervennetz stellweise ganz zerstört, und bot sich, allgemein ausgedrückt, bei diesen Vergiftungen das Bild einer centralen Myelitis dar. Hz.

Charcot et Pitres: Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme. (Révue de médécine, № 8 et 10, 1883.)

Eine kritische Analyse von 185 genau beobachteten Fällen von Erkrankungen der Hirnrinde führt Verff. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Rinde der menschlichen Grosshirn-Hemisphären zerfällt functionell in zwei Abschnitte, einen motorischen und nicht motorischen, je nachdem eine Läsion derselben contralaterale Lähmung hervorruft oder nicht.

2) Die nicht-motorische Zone umfasst: den Orbitallappen, die 1., 2. und 3. Stirnwindung, die ganze Scheitelhinterhauptgegend und den Schläfelappen.

3) Die motorische Zone begreift nur die beiden Centralwindungen und den Lobulus paracentralis.

4) Die klinischen Symptome der Lähmung nach Läsionen der motorischen Zone sind je nach dem Sitze der Zerstörung verschieden: complete Hemiplegie wird durch eine diffuse Affection der Centralwindungen, theilweise Lähmungen durch circumscripte Läsionen derselben hervorgerufen:

a. Monoplegia brachiofacialis — Läsion der untern Hälfte der Centralwindungen;
b. Monoplegia brachiocruralis — Läsion der obern Hälfte der Centralwindungen;
c. Monoplegia linguo-facialis — Läsion des untern Theils der Centralwindungen, besonders der vordern;
d. Monoplegia brachialis — Läsion im mittlern Drittel der vorderen Centralwindung;
e. Monoplegia cruralis — Läsion des Lobulus paracentralis.

5) Alle diese Lähmungen, ob allgemein oder begrenzt, ziehen im Laufe der Zeit secundäre Contracturen der gelähmten Muskeln und absteigende Degeneration der Pyramiden-Seitenstrangbahn nach sich.

6) Reizungen der motorischen Zone können zu epileptiformen Anfällen (Jackson'sche Epilepsie) Veranlassung geben, welche von denen der gemeinen Fallsucht unterschieden sind und, mit einer Aura beginnend, allgemein oder partiell werden können.

7) Im Allgemeinen befinden sich die reizenden Läsionen in der Nähe der Centren, deren Zerstörung Lähmung der beim Anfall in Krämpfe verfallenden Muskeln hervorbringt, doch können sie auch ausserhalb der motorischen Zone liegen und durch Fernwirkung diese letztere beeinflussen. Der Zusammenhang der Krämpfe mit den motorischen Centren ist kein so inniger, wie der der Lähmungen.

Diese Schlussfolgerungen widersprechen in mancher Beziehung denen Exner's, doch scheint Exner's Methode weniger zuverlässig zu sein, als die Charcot-Pitres'. Hz.

G. Münch (Kiew): Ueber Lepra im Süden Russlands. (Wratsch 1883 №№ 39—41, russ.)

Ueber dieses Thema hielt, wie bereits erwähnt, Vf. einen Vortrag auf dem Odessaer Congress und sind die dargelegten Ansichten das Resultat dreier Sommerreisen, jedoch sagt Vf. selbst, dass er sein Material noch nicht genügend gesichtet und geordnet hat. — Im Allgemeinen ist über die Ausbreitung der Lepra im Süden Russlands noch wenig bekannt, jedenfalls ist sie zerstreut vorhanden in Bessarabien, im Cherson'schen, Jekaterinoslaw'schen, Taurischen und Astrachanschen Gouvernement, ferner in dem Kuban'schen und Terek'schen Gebiet und im Lande der Don-Kosaken. Näher untersucht hat Vf. nur das Astrachan'sche Gouvernement und das Kuban-Gebiet. Im *Astrachan'schen Gouvernement* breitet sich die Lepra vom Kaspischen Meer angefangen im Wolga-Delta bis c. 150 Werst flussaufwärts aus. Das Centrum findet sich c. 100 Werst von Astrachan aufwärts, im Dorfe *Tamborka*, wo Vf. auf 1700 Einwohner — 18 Lepröse, also mehr wie 1% fand, sonst findet man durchschnittlich 2—4 Patienten pro Dorf. Auch im berüchtigten Wetlanka haben Lepröse existirt, sind jedoch alle der Pest zum Opfer gefallen. Bemerkenswerth ist, dass die Leprösen vorherrschend Russen sind, unter den Tartaren fand Vf. keinen einzigen, unter den Kalmüken nur ausnahmsweise einen. Im Ganzen sind im Gouvernement circa 100 Lepröse vorhanden. Im *Kuban-Gebiet* giebt es einen Landstrich, ziemlich weit vom Meere, wo ein angeblich aus der Krim eingewanderter Stamm, die Karatschaizen, lebten. Diese erkranken recht häufig an Lepra. Die Zahl der Kranken schätzt Vf auf c. 300. Dieser genannte, die Karatschai bewohnende Volksstamm beschäftigt sich ausschliesslich mit Viehzucht. Während die Bewohner des Astrachan'schen Gouv. vorherrschend Fischer und auf Fischnahrung angewiesen, haben die Karatschaizen nur ausnahmsweise Fische zur Nahrung. Hieraus schliesst Vf., dass die Ansicht von der Entstehung der Lepra durch Fischnahrung eine irrige sei. Desgleichen ist die Krankheit vom Boden unabhängig. Es bleibt also nur die Frage ob Heredität oder Infection? Vf. neigt zur letzteren Ansicht und führt gegen die Erblichkeit an, dass die Bewohner Tambowka's vor c. 50 Jahren als Einwanderer aus den Gouv. Tambow und Woronesh das Dorf gründeten. In den genannten Gouvernemets aber ist die Lepra ganz unbekannt. Ferner macht Vf. darauf aufmerksam, dass im Gouvernement Astrachan, wo man die Krankheit im Volke für ansteckend hält und die Erkrankten absondert, das Leiden abzunehmen, während im Kuban-Gebiet, wo die Leprösen unter den Anderen bleiben, die Krankheit im Zunehmen begriffen zu sein scheint. Bezüglich des Kuban-Gebietes glaubt Vf. dass die Lepra dorthin aus der Krim importirt sei, wofür auch die dort übliche Bezeichnung «Krymka» zu sprechen scheint. P.

A. Mogiljanski: Ueber den Gebrauch kalter Douchen bei fieberhaften Krankheiten. (Wratsch 1883 №№ 34, 37—43).

Vf. hat auf der propädeutischen Klinik des Prof. Manasseïn diese praktisch wichtige Frage eingehend experimentell geprüft. Im Ganzen finden wir in 15 Tabellen 80 Beobachtungen. Vf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die kalte Regendouche (16—20° R.) vermindert bei Fiebernden die Temperatur nicht weniger, wie ein 10 Minuten dauerndes Bad von 20° R. Giebt man den Patienten 2 Douchen mit einer Zwischenpause von einer Stunde, so wird die Temperatur stärker herabgesetzt als durch das obenerwähnte Bad.
2. 2 Douchen und 1 Bad wirken mehr, wie 2 Bäder und 1 Douche.
3. Die Herzthätigkeit wird durch die Einwirkung kalter Douchen verlangsamt, desgleichen, wenn auch in geringerem Grade wird die Respiration bei Fiebernden verlangsamt.
4. Die Muskelkraft nimmt meist nach der Douche zu.
5. Unter der Douche werden die Respirationsbewegungen seltener, tiefer und unregelmässig.
6. Der sogenannte typhöse Zustand schwindet nach der Douche, jedoch nur für kurze Zeit. Durch Kräftigung der Inspiration wird die Lunge ventilirt und dem Erscheinen der Hypostasis vorgebeugt. P.

Stickler: Weitere Untersuchungen über die Natur des Scharlachs bei Pferden und den prophylaktischen Gebrauch des equinen Virus. (New-York Medic. Record. Oct. 20. 1883).

Verf. hat seit dem Mai d. J. 2 Füllen und ein Kalb mit menschlichem Scharlachvirus geimpft, theils durch Injection von Scharlachblut in die rechte Jugularvene, theils durch Einbringung von Schlundschleim in den Magen; der Kopf eines Füllens wurde auch mit einem Hemde, das von einem scharlachkranken Kinde getragen worden war, bedeckt. Bei den 2 Füllen fand sich neben Fieberbewegungen von 101° F. (38° C.) bis zu 103°, 5 F. (39°, 7 C.) Röthung der sichtbaren Schleimhäute und der Haut und Anschwellung der Submaxillardrüsen, aber keine Abschuppung der Haut. Beim Kalbe wurde nur eine Schwellung und Röthung der Impfstelle beobachtet. Die nach der Impfung erkrankten Thiere wurden von erfahrnen Veterinären für Scharlachkrank erkannt; bei Pferden kommt die Scarlatina mit allen typischen Zeichen vor. — Verf. hat auch mehrere Kinder mit Scharlachvirus geimpft und dieselben mit Scharlachkranken Kindern einen Raum bewohnen lassen, keines derselben wurde inficirt, die Impfstelle war immer sehr entzündet, ein Mal kam sogar Eiterung vor. Nach 10 Tagen traten Störungen des Allgemeinbefindens, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Unruhe und geringes Fieber auf, worauf sich nach einigen Stunden eine charakteristische Scharlacheruption über den ganzen Körper verbreitete, aber ohne kranken Rachen, Kopfschmerz und consecutive Albuminurie.

Auf diese Thatsachen gestützt, will Verf. präventiv Scharlach eingeimpft wissen und die Schutzkraft der Inoculation durch directes Aussetzen der Geimpften einer Ansteckung prüfen. (!)

Hz.

A. Gretschichin (Kars): Ueber die Wirkung der Carbolsäure auf den fiebernden Organismus. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 37. Lief. 1.)

Dieses Mittel und zwar in Form von Klysmen hat Vf. bei 30 Patienten angewandt (17 — Typh. abdominalis, 9 — Typh. exanthem., 3 — Pneumon. croup. und 1 — Erysipelas faciei). Stets begann nach 10—12 Minuten eine Verminderung der Temperatur des Körpers, die 2—3 Stunden zunahm, und dann stieg sie allmälig wieder an. Die Herabsetzung betrug meist 3—3,5° C., zugleich trat Schweiss ein, Puls und Respiration wurden verlangsamt. Kein einziges Mal wurden unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. Effect wurde meist mit 8—12 Gran pro Klysma erzielt, so dass die Maximaldosis (16 Gran) nicht nöthig wurde. Die Verabreichung per os (Roth, Haudelin) rief selbst in kleinen Dosen Gastricismus vor, daher verwirft sie Vf.

P.

Woronow: Ueber die Verschiedenheit in der Gewichtszunahme von Brustkindern je nach ihrem geringern oder grössern Körpergewicht. (Med. Obosr. Sept. 1883.)

Verf. hat nach Daten, welche ihm das Moskauer Findelhaus lieferte, an 1582 neugeborenen gesunden Kindern Untersuchungen über die Zunahme des Körpergewichts unter Berücksichtigung des anfänglichen Körpergewichts, das im Mittel 3100 Gramm betrug, angestellt. Das Alter der in die Berechnung eingezogenen betrug weniger als 10 Tage, und wurden die Jahre 1880, 1881, 7 Monate des Jahres 1882 und 3 Monate 1883 berücksichtigt.

Der beschränkte Raum erlaubt leider nur das Resumé dieser interessanten Arbeit wiederzugeben.

1) Kinder von geringerem Körpergewicht (von 1550—2500 Grm. bei der Geburt) nehmen überhaupt kürzere Zeit (5 Tage) ab, um bald zum anfänglichen Gewichte zurückzukehren, während schwerwiegende Kinder (2500—4500) im Verlaufe von 8 Tagen an Gewicht verlieren und das anfängliche Gewicht erst am 14. Tage wieder erlangen. (Cf. Snitkin, Bericht über die Schwankungen im Gewichte von Neugebornen im ersten Lebensmonate. Medicin. Bericht des St. Petersburger Findelhauses für 1873. Russisch.)

2) Als Maassstab für die Beurtheilung des Ernährungsgrades von Kindern genügt vollständig die Kenntniss der absoluten Gewichtszunahme eines Kindes von mittlerem Gewicht, und ist in dieser Beziehung die Tabelle von Bouchaud vollkommen ausreichend.

3) Die mittlere Ernährung in den Findelhäusern, in Zahlen ausgedrückt, beträgt fast nur die Hälfte der in der Bouchaud'schen Tabelle angegebenen mittleren Zahlenwerthe.

4) Ein Schluss auf den Ernährungszustand eines Säuglings aus dem procentischen Verhältnisse zwischen der absoluten Zunahme und dem anfänglichen Körpergewichte ist nicht zulässig, weil

5) die absolute Gewichtszunahme bei leichteren Kindern eine grössere ist, als bei schwereren, wodurch das Procent noch grösser wird.

6) Die leichteren Kinder nehmen im Durchschnitt auf je 1000 Grammen Gewichtsdifferenz beinahe 10 Gramme täglich mehr zu, als die schwereren.

7) Hierin ist die Wirksamkeit des Quetelet'schen Satzes der Gelegenheitsursachen sichtbar, d. h. das Streben der Kinder, ihr mittleres Körpergewicht zu erreichen.

Hz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. O. Heubner: Die experimentelle Diphtherie. Gekrönte Preisschrift,

Die Beobachtung fibrinöser Exsudationen auf verschiedenen Schleimhäuten bei verschiedenen Krankheiten, wie Ruhr, Pocken, Cystitis etc. hatte gelehrt, dass die fibr. Exsudation nicht etwas der Diphtherie specifisches darstellt, sondern, dass auch mehreren anderen Giften und Schädlichkeiten die Eigenschaft innewohnt, die eigenthümliche Schleimhauterkrankung hervorzurufen. H. beschloss nun auf experimentellem Wege die Bedingungen der Entstehung der diphth. Haut und dann die diphth. Allgemeininfection, resp. deren Beziehungen zu einander zu studiren.

Er unterband die Blase bei Kaninchen, hart über der Eintrittsstelle der Ureteren, durch eine Massenligatur und sistirte so die Blutcirculation in dem abgeschnürten Theile. Nach Verlauf von 2 Stunden wurde die Massenligatur entfernt und die Experimentirthiere bald früher bald später nach erfolgter Lösung der Ligatur getödtet.

Am ersten Tage nach diesem Eingriffe bildet sich ein starkes hämorrhagisches Oedem der Schleimhaut resp. Submucosa aus, wodurch die Blasenschleimhaut in Form von Wülsten und Hügeln in das Blasenlumen vorspringt. Auf mikroskopischen Schnitten sieht man, dass der Haupttheil der Schwellung in der Submucosa seinen Sitz hat. Die Blutgefässe der ganzen Schleimhaut bis dicht unter das Epithel sind bedeutend erweitert und ganz mit Blutkörperchen gefüllt. Sowohl farbige wie farblose Blutkörperchen haben in reichlicher Zahl die Gefässe verlassen.

Wird das Thier nach etwa 30—36 Stunden nach erfolgter Lösung der Ligatur getödtet, so findet man das Oedem geronnen, das Epithel scheint zu fehlen oder ist ganz in den fest gewordenen Wülsten aufgegangen; aber die Zellen sind gequollen und die Poren nur schwach tingirbar.

Blieb das Thier 2 mal 24 Stunden nach erfolgter Lösung der Massenligatur am Leben, so hatte man ein Bild identisch mit einer schön entwickelten Diphtherie vor sich.

Damit diese Bilder zu Stande kommen, ist eine Hauptbedingung: der Blutstrom muss blos für eine Zeit, nicht für immer aufgehoben werden; im letzteren Falle tritt eine einfache Necrose ein. Durch die zeitweise Unterbrechung des Blutstromes werden die Gewebe mangelhaft resp. gar nicht ernährt, wodurch Veränderungen im Epithel etc. eintreten, die mit dem Tode desselben endigen. Die Gefässwandungen werden aber gleichfalls alterirt; das nun einströmende Blut wird sich in einem kranken Gefässsyteme bewegen, wodurch das zweite Hauptmoment der künstlichen Diphtherie, die sogenannte entzündliche Exsudation geliefert wird.

Das entzündliche Exsudat seinerseits gerinnt, und nun kommt es im ganzen Bereiche desselben zur Coagulationsnecrose. Es handelt sich nun um eine innige Verquickung von Necrose und Entzündung.

Mit dieser künstlich erzeugten Diphtherie der Blasenschleimhaut stellte H. Impfungsversuche an, jedoch mit negativem Resultat. Es war also wohl gelungen die Bretonneau'sche Haut aber nicht die Bretonneau'sche Krankheit zu erzeugen.

Nun combinirte H. die locale Diphtherie mit einer durch Impfung entstandenen Allgemeininfection. Anfangs bediente sich H. zur Herstellung einer Allgemeininfection des Milzbrandgiftes und fand, dass die Gefässe der abgebunden gewesenen Blasenschleimhaut vollgepfropft mit Milzbrandbacillen sich erwiesen, aber ausserhalb der Gefässe kein Bacillus constatirt werden konnte. Dasselbe wurde gefunden wenn statt des Milzbrandgiftes diphtherische Beläge von den Tonsillen Diphtheriekranker genommen wurden. Die Gefässe waren gleichfalls mit Mikroorganismen, die sich als kurze Stäbchen erwiesen, überfüllt. Impfungen mit Theilchen von der Blasenschleimhaut - Diphtherie, wo die locale Diphtherie mit der Allgemeininfection combinirt war, vermochten die Thiere in kürzester Zeit zu tödten. Wurde aber von demselben Thiere ein Stück gesund gebliebener Blasenschleimhaut zur Impfung benutzt, so blieben die Thiere am Leben. Daraus folgt, dass bei einer Combination von Allgemeininfection und localer Erkrankung die erkrankte Schleimhaut das Gift in grossen Massen aufzuspeichern vermag.

Wären die Stäbchen, die er in den Gefässen der kranken Schleimhaut bei den Thieren gefunden hatte, wo die locale Erkrankung mit der Allgemeininfection verbunden war, das diphtherische Gift, so müssten sie in den Gefässen der kranken Schleimhaut der Diphtheriekranken gefunden werden; dem ist aber nicht so. H. hat ganze Schnittserien z. B. von der Uvula angefertigt, wo kurz zuvor Auflagerungen dagewesen waren, nie ist es ihm aber gelungen diese Organismen in den Gefässen nachzuweisen. Hieraus schliesst H., dass das diphth. Gift noch zur Zeit nicht gefunden ist.

Die Infectionskrankheit, die nach Impfungen mit eigentlicher Diphtherie entsteht, erklärt H. nicht für die eigentliche Diphtherieinfection, denn Impfungen mit dem Mundschleim von gesunden Menschen ergaben bei den Kaninchen bald malignes Oedem, bald Necrose, bald Septicaemie, bald progressive Necrose etc. Diese merkwürdige Thatsache lässt sich aber nur dadurch erklären, dass in der Mundhöhle gesunder Menschen mehrere Arten von niederen Organismen vegetiren; erkrankt aber die Schleimhaut der Tonsillen etwa, und kommt es dort zur Necrose der obersten Schichten mit

Bildung von fibrinöser Exsudation, so können nur auf dem so veränderten Nährboden andere Arten von niederen Organismen sich entwickeln resp. die früheren verdrängen. Werden nun diese neuen Arten auf empfängliche Thiere verimpft, so entstehen Infectionskrankheiten anderer Art als nach Impfungen mit Mundschleim gesunder, ja es können sogar unter Umständen Mischformen der verschiedenen Infectionskrankheiten entstehen. L—n.

Zweiter kurzer medicinischer Bericht aus dem orthopädisch-gymnastischen Institut des Dr. med. N. O. Hagman zu Moskau, über fünf Jahre, vom 1. Sept. 1878 bis zum 1. Sept. 1883. Moskau 1883. (Russisch.)

Vorliegender Bericht ist die Fortsetzung des ersten, der ebenfalls ein Quinquennium der Anstalt des Verf.'s behandelte. Derartige Berichte verdienen gewiss sympathisch aufgenommen zu werden vom ärztlichen Publicum, denn die Erfahrung allein entscheidet ja endgiltig über die Güte dieser und jener Behandlungsmethoden, zumal ja die Entstehungsursachen vieler einschlägiger Leiden noch ganz strittig sind, theoretische Raisonnements also hier leichter irre führen können als in anderen Gebieten. Gestützt auf seine Erfahrungen, spricht sich Verf. gegen die Theorie Hueter's über die Entstehung der Scoliose aus und acceptirt die neulich von Vogt aufgestellte (Belastungs-Scoliose). Was die Behandlung mit portativen Apparaten betrifft, so sei erwähnt, dass Verf. das Heil der Scoliotischen durchaus nicht allein in der schwedischen Gymnastik sieht, sondern unter bestimmten Indicationen öfters selbst Corsets anwendet. Von der Gymnastik mit Maschinen will Verf. wenig Erfolg gesehen haben und schränkt daher ihre Indication sehr ein. T.

Braun (Dorpat): Die thierischen Parasiten des Menschen, nebst einer Anleitung zur praktischen Beschäftigung mit der Helminthologie. Mit 72 Holzschnitten. Würzburg, Stuber. VIII. 233.

Ein sehr vollständiges Compendium der menschlichen Helminthologie, das sich durch eine ungemein praktische Anordnung des Stoffes auszeichnet. Zuerst wird die zoologische Diagnose des betreffenden Thieres, dann sein Vorkommen bei Menschen und Thieren, die geographische Verbreitung, Diagnose am Träger, Therapie, Entwickelung, Infectionsweise und Prophylaxis angegeben, so dass man *in gedrängter Form* das Wichtigste von den Parasiten erfahren *kann; die (zuweilen* nicht ganz scharfen) Abbildungen, namentlich *der Parasiteneier*, dienen zu besserer Erkennung der Einzelformen. Wir können dieses Werk dem praktischen Arzte sehr warm empfehlen. Hz.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 15. November 1883.

Dr. v. Grünewaldt verliest ein Circulair des Berliner Vereins für innere Medicin, welches die Aufforderung enthält an einer vom Berliner Verein nach dem von England aus gegebenen Muster geplanten Sammelforschung über Krankheiten sich zu betheiligen. Der dem Circulair beigegebene Fragebogen betrifft die Tuberculosis (Phthisis) pulmonum, und zwar erstrecken sich die in demselben gestellten Fragen auf «Heredität, Contagiosität, Heilung derselben und den Uebergang der gemeinen Pneumonie in Phthise».

Dr. Amburger hat im Auftrage der Gesellschaft deutscher Aerzte den Fragebogen des Comités zur Sammelforschung gemeinsam mit Dr. Kernig einer genaueren Kritik unterzogen und hat, im Wesentlichen übereinstimmend mit dem Collegen, folgende Bedenken zu äussern. Er vermisst zunächst eine stricte Definition der Phthise; soll an der Hand der neuesten Ergebnisse nur von constatirter bacillärer Phthise resp. dem Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum die Rede sein, so wäre zu bedenken, dass die Untersuchung des Sputums nicht jedem zugänglich und möglich ist, die ganze Lehre zu neu und nicht reif zur Massenuntersuchung ist. Die Tendenz des Fragebogens geht indessen darauf aus, die Phthise als Infectionskrankheit auch klinisch sicherzustellen, da die Heredität der Phthise mit den neuen Anschauungen schwer vereinbar, die Contagiosität der Krankheit dagegen ein klinisches Desiderat geblieben ist. In Jahresfrist zwischen den beiden Congressen in Wiesbaden ist kein einziger Fall in dieser hochwichtigen Frage zur Mittheilung gekommen.

Die erste Frage, die Heredität der Lungentuberculose betreffend, soll nach Ansicht des Referenten, da die Beobachtungen über Heredität der Lungenphthise *aetiologisch* nicht in Frage kommen können wohl nur statistische Ergebnisse liefern, diese werden aber werthlos sein, wenn der Beobachter nicht auch seine Fälle von Lungenschwindsucht ohne Heredität dem Comité zur Mittheilung gelangen lässt.

Die Frage 2, die Contagiosität der Phthise anbelangend ist von grösstem Interesse, und ist zur Mittheilung genau beobachteter Fälle Jeder aufzufordern.

Bei Frage 3 (Heilung der Phthise?) tritt der früher erwähnte Mangel der Definition der Phthise sehr hervor; so lange nicht jede Verdichtung der Lungenspitzen welche chronisch verläuft und mit Schrumpfung endet, und dieses sind die gewöhnlichen Fälle von gutartigem Verlauf und günstiger Prognose, — durch Nachweis von Bacillen als Infectionskrankheit zu betrachten ist, so lange scheinen solche Fälle nicht in den Rahmen des modernen Begriffes der Tuberculose hineinzugehören.

Die 4. Frage (Uebergang der gemeinen Pneumonie in Phthisis?) leidet an demselben Mangel einer präcisen Diagnose. Cavernenbildung bei verschlepptem Verlauf der acuten fibrinösen Pneumonie. wurde bis jetzt mit Reserve als Phthise bezeichnet; die Unterabtheilung 9 welche lautet: «wann traten die ersten Erscheinungen der Tuberculose auf?» scheint darauf zu deuten, dass hierbei der Nachweis von Bacillen den Ausschlag geben soll.

Auf Grund dieser Bedenken fordert Dr. Amburger die Gesellschaft auf vorläufig die Betheiligung an der von Berlin ausgehenden Gesammtforschung abzulehnen, bis die in dem besprochenen Fragebogen enthaltenen Unklarheiten beseitigt sein würden.

Dr. Dehio meint, dass der klinische Begriff der Phthisis pulmonum soweit abgerundet und durch den Nachweis elastischer Fasern im Sputum soweit präcisirt ist, dass eine genügende Beantwortung des Fragebogens auch ohne Berücksichtigung der Tuberkelbacillenlehre möglich sein würde.

Dr. v. Grünewaldt stellt den Antrag, die Gesellschaft möge die Aufforderung des Berliner Comités zur Sammelforschung über Krankheiten im Prinzip annehmen, wobei Wunschäusserungen auf Modificirung des Fragebogens nicht zu unterbleiben brauchten.

Die Gesellschaft nimmt den Antrag Dr. Grünewaldt's an.

Dr. Quist (aus Helsingfors als Gast) hält einen Vortrag über «die künstliche Züchtung der Vaccineorganismen». Der Vortrag ist bereits in der St. Petersburger med. Wochenschrift № 46. 1883 im Druck erschienen.

Dr. Dombrowski berichtet über einen zur Veröffentlichung bestimmten Fall von ulcerirendem Carcinom des Oesophagus, in dem er mit relativ gutem Erfolg eine Magenfistel angelegt hat. Patient lebte, nachdem die Heilung ohne jede Reaction erfolgt war, volle 3½ Monate, und hatte sich wesentlich erholt. Der Tod wurde durch eine Pneumonie bedingt, welche nach Perforation des Carcinoms in einen Bronchus sich entwickelt hatte.

Zum Verschluss der Fistel hat Ref., nachdem er die verschiedensten Obturatorien ohne den gewünschten Erfolg in Anwendung gezogen, selbst einen Obturator construirt. Derselbe besteht aus einem c. 10 Ctm. langen, 1 Ctm. im Durchmesser zeigenden Gummischlauch, an dessen einem Ende eine ca. 3 Ctm. im Durchmesser tragende durchbohrte Gummischeibe angebracht ist: Diese letztere wird nun durch die Fistelöffnung hindurch in den Magen gebracht, und dient dadurch, dass sie durch den gegen die Fistel andrängenden Mageninhalt gegen die innere Umgebung der Fistel gepresst wird, theils zum Verschlusse derselben, theils zur Fixation des Obturators. — Der äussere Verschluss des Obturators wird mittelst eines Korkens bewerkstelligt. Um dem Instrument noch mehr Halt zu geben, wird von aussen über dasselbe ein Filzring gezogen und mittelst durchgesteckter Nadel fixirt und gegen die äussere Bauchhaut angedrückt.

Dieser Obturator wurde vom Patienten gut vertragen und genügte allen an ihn gestellten Ansprüchen.

Schliesslich spricht sich Referent gegen die Sondirung carcinomatöser ulcerativer Oesophagusstricturen aus, da durch die dabei nicht zu umgehende Reizung der Neubildung, einerseits das Wachsthum, andererseits der Zerfall derselben begünstigt werde. — Referent ist für früheres Operiren. — Das durch die Section erhaltene Präparat des Oesophagus und des Magens wird der Gesellschaft vorgelegt.

Dr. Anders glaubt die Sondenbehandlung, wenn dieselbe in möglichst schonender Weise vorgenommen wird, in Fällen von carcinomatösen ulcerirenden Oesophagusstricturen zu Fütterungszwecken nicht ganz entbehren zu können. Secretär Dr. Lange.

Correspondenz.

Die Augenheilanstalt in Mitau.

Am 10. November d. J. fand die feierliche Einweihung der massiv neu erbauten Männerabtheilung des Diaconissenhauses statt, und zu gleicher Zeit wurde der neu angebaute Theil, die in einem andern Gebäude untergebrachte *Augenheilanstalt* der Benutzung übergeben.

Im Anfange des Jahres 1880 nämlich hatte Frau Gräfin *Elise v. Medem*, die Stifterin und Patronin der genannten Diaconissenanstalt, ein kleines Capital zunächst zur Erhaltung zweier Betten für Augenkranke angewiesen. Dr. C. Waldhauer sen, der sich damals in Wien aufhielt, war aufgefordert worden die Krankenbehandlung zu übernehmen und hatte sich dazu bereit erklärt.

Im September desselben Jahres wurde der Anfang gemacht. Ein Local in einem Nebenhause, das gerade disponibel war, und sich dazu brauchbar erwies, wurde zu einer Ambulanz (Warte- und Ordinationszimmer) und zu zwei Krankenzimmern hergerichtet, in denen fürs erste vier Betten aufgestellt wurden. Bald wurden aus diesen vier Betten acht, und als im Jahre darauf die untere Etage durch Uebersiedelung der Insassen (Verpflegte Altersschwache) in

ein anderes Haus frei wurde, zog man diese Räume zur Augenheilanstalt hinzu, wodurch, wenn auch etwas gedrängt, achtzehn Betten Platz fanden.

Unterdess war die hochgeachtete Stifterin gestorben und hatte neben anderen Legaten 4000 Rbl. speciell der Augenheilanstalt vermacht. Das Curatorium beschloss nun dieses Capital zum Ausbau derselben zu verwenden, und so wurde denn an die bisher benutzten Räume ein neuer Anbau angefügt, in welchem im obern Geschoss drei grössere gemeinsame Krankenzimmer nebst Corridor für Männer und im Erdgeschoss drei Einzelzimmer mit gemeinsamem Vorraum für Honoratioren hergestellt wurden, so dass gegenwärtig im alten und neuen Theil, nachdem ersterer gleichfalls einige zweckmässige Abänderungen erfahren, mit Bequemlichkeit, incl. der drei Einzelzimmer, dreissig stationäre Kranke Aufnahme finden können, und für die Ambulanz und das Pflegepersonal ausreichende Räume bleiben.

Mag nun auch diese Anlage den strengsten Anforderungen an moderne Hospitäler nicht vollkommen entsprechen, so dürfte sie doch für ein kleineres in der Hauptsache genügen. Besondere Ventilation hat aus baulichen und sonstigen nahe liegenden Gründen eben nicht hergerichtet werden können, und man hat sich im Wesentlichen auf die natürliche beschränkt. Da Wasser aus der neuen städtischen Wasserleitung zur Genüge, und beiläufig von guter Qualität, zu haben ist, sind Waterclosets mit doppeltem Wasserverschluss eingerichtet worden, ferner zwei Badezimmer, das eine für die gemeinsame Abtheilung, das andere für die Einzelzimmer, mit den bezüglichen Warmwasserapparaten. Das Abwasser sämmtlicher Gebäude der Anstalt geht, nachdem es ein, bezüglich zwei viertheilige Klärungsbassins passirt, in einen alten Abzugsgraben, der noch aus der Zeit, wo Mitau eine Umwallung besass, besteht, und in die Aa führt. Beköstigt werden die Kranken aus der allgemeinen Küche; die Pflegerinnen sind selbstverständlich Diaconissen.

Vorläufig ist man noch so ziemlich auf Selbsterhaltung aus den einfliessenden Verpflegungsgeldern beschränkt, indess hat bereits die curländische Ritterschaft einen jährlichen Zuschuss von 500 Rbl. bewilligt und gezahlt, und es besteht ein Freibett, welches der demittirte Landesbevollmächtigte Baron Carl Recke gestiftet hat. Bisher sind diese Quellen bei umsichtiger Verwaltung ausreichend gewesen. Das Bedürfniss nach einer solchen Anstalt ist bei der grossen Zahl der Augenkranken hier zu Lande einmal vorhanden, und so fehlt es an stationären Kranken nicht, trotz der schon bestehenden Augenheilanstalten. Später werden sich wohl schon Quellen finden lassen, welche eine von dem Nepotismus der Gemeinden unabhängigere Stellung ermöglichen dürften, so dass der Noth der wirklichen Mittellosen ohne Nebenrücksichten besser wird zu genügen sein. Bei dergleichen Wohlthätigkeitsanstalten kommt es weniger darauf an, ob die Basis, von der sie ausgehen, eine opulente ist, als darauf, dass sie bei ihrer Entwickelung Entgegenkommen und Pflege findet. Dass die in Rede stehende aber hier in diesem Fall solches gefunden hat, davon giebt das oben Gesagte Zeugniss. —r.

Eingesandt.

Die Irrenanstalt in Dorpat.

Die psychiatrische Klinik (Universitäts-Irrenanstalt) zu Dorpat, auf einer Anhöhe mit prächtiger Aussicht auf die Stadt und deren Umgebung in Garten- und Parkanlagen gelegen, enthält ausser den klinischen Abtheilungen, und vollständig getrennt von diesen, zwei Pensionate für gemüths- und nervenleidende Herren und Damen. Diese Pensionate sind mit demjenigen Comfort und der Freundlichkeit eingerichtet, wie sie in besseren Privathäusern herrschen.

Die Anstalt verfügt über alle in der modernen Psychiatrie und Nervenpathologie gebräuchlichen Curmittel: über Bäder aller Art, alle Formen der Kaltwasserbehandlung, der Elektrotherapie, Massage, Diätetik, bei principiellem Ausschluss alles und jeden mechanischen Zwanges.

Eine ganz besondere Sorgfalt wird der Ernährung der Kranken durch gut zubereitete, kräftige und reichliche Kost gewidmet.

Zur Unterhaltung und Zerstreuung dienen eine Bibliothek, ein Musikzimmer, ein Gewächshaus, im Sommer die Gärten; Gelegenheit zu erwünschter Beschäftigung kann in der Wirthschaft, in den Gartenanlagen geboten werden. Rauschende Vergnügungen sind als mit einer Heilanstalt unverträglich ausgeschlossen, doch können ruhige Kranke und Reconvalescenten in der Anstalt selbst kleine Kreise ihrer Bekannten bei sich sehen. Für das Damenpensionat ist eine Oberin als Gesellschafterin angestellt.

An den grossen Kirchenfesten findet regelmässig, in den Zwischenzeiten gelegentlich Gottesdienst statt.

Der Director und zwei Assistenzärzte wohnen im Hause.

Aufnahme- und Verpflegungs-Bedingungen.

In die Pensionate können nur Patienten I. und II. Classe aufgenommen werden.

Die monatlich praenumerando zu entrichtenden Verpflegungskosten betragen für auswärtige Kranke

I. Classe: 85 Rbl. S. (exclusive ärztliches Honorar).

Dafür wird gewährt: ein eigenes Zimmer, elegant möblirt, Bett mit Draht- und Rosshaarmatratze und Federkissen; 1. und 2. Frühstück, Mittags 3 Speisen, Nachmittags Kaffe oder Thee, Abends 2 Speisen, täglich eine Flasche Bier, Wein bis 1/4 Flasche, je nach ärztlicher Verordnung; Bewaschung, Bedienung, Wartung, Pflege, alle Curmittel (nicht aber Leibwäsche, Kleidung, Rauchmaterial und besondere Genüsse).

II. Classe: 60 Rbl. S. (exclusive ärztliches Honorar).

Dafür wird gewährt: gut möblirtes Zimmer mit einem anderen Pensionär; Bett mit Matschalkamatratze und Federkissen; 1 Frühstück, Mittags 2 Speisen, Nachmittags Kaffe oder Thee, Abends 2 Speisen, 1/2 Flasche Bier täglich; Bewaschung, Bedienung, Wartung, Pflege, alle Curmittel (nicht aber 2. Frühstück, Wein, Leibwäsche, Kleider, Rauchmaterial und besondere Genüsse).

Der Austritt ist bei der Pränumerirung der Pflegegelder zu melden. Sollte unerwartet der Austritt erfolgen, so wird das Pflegegeld für 1/2 Monat zurückerstattet, sofern die 2. Hälfte des Verpflegungsmonats noch nicht angetreten ist.

Anmeldungen von Pensionären sind «an die Direction der psychiatrischen Klinik zu Dorpat, Alleestrasse № 1» zu richten, und in jedem Falle erbeten.

Die Zuführung und Wegführung der Patienten geschieht nur durch die für jeden Kranken zu ernennenden Vertreter. Anstaltspersonal kann zu diesen Zwecken nicht abgegeben werden.

Auskunft über das Befinden eines Kranken wird jeder Zeit umgehend durch die Direction, jedoch nur an die Vertreter des Kranken und nur auf Anfrage hin (dringende Zwischenfälle ausgenommen) ertheilt.

Vermischtes.

— Kürzlich entdeckte man, dass das Bandmaass, welches in der Twer'schen Kreiswehrpflichtscommission zur Messung des Wuchses und Brustumfanges seit einigen Jahren benutzt worden, *länger als normal* ist. (Wratsch № 50). — Wir können von uns aus ebenfalls auf die Wichtigkeit einer Verificirung der verkäuflichen Maasse hinweisen. Wiederholt haben wir bei denselben Verschiedenheiten constatiren können und es wäre längst Zeit dass nur von der Regierung geprüfte Band-Maasse in den Handel kommen. Wie wichtig ist z. B. die Richtigkeit der Bandmaasse bei der Untersuchung zur Lebensversicherung. P.

— Dr. chem. Pöhl hat in der «russischen chemischen Gesellschaft» kürzlich interessante Mittheilungen über das Wasser der Newa und der hiesigen Canäle gemacht. Nach der bacterioskopischen Analyse ergab sich, dass in der Newa 300—6000 entwicklungsfähige Keime pro Ccm. Wasser vorhanden, im Wasser aus den Wasserleitungsröhren dagegen 8000—70000 pro Ccm. (Wratsch № 50).

— Prof. Kowalewski (Zoolog) in Odessa hat einen Ruf an die neu zu gründende Universität in Marseille erhalten. Man bietet ihm einen Gehalt von 15,000 Fr. an. (Med. Westn. № 51).

— In Kaschin ist ein Hospital und Armenhaus gestiftet, zu welchem die Familie Menajew testamentarisch 200,000 Rbl. gespendet. (Wratsch № 50).

— In der Stadt Nikopol prakticirt seit 17 Jahren ungestört der Bürger Frank, welcher sich für einen ausländischen Arzt ausgiebt und die Arzeneien angeblich immer aus dem Auslande direct verschreibt und den Patienten selbst zustellt. Allerdings stand er bereits 1872 wegen Ausführung eines Abortes vor Gericht, wurde jedoch freigesprochen, jetzt war er wiederum verklagt, jedoch wurde die Untersuchung auf Grund des Krönungsmanifestes niedergeschlagen. (Wratsch № 50)

— Vom 1. December 1883 an, stehen die Kaukasischen Mineralbäder unter der Verwaltung der Regierung. Zur Hebung der Anstalten wird jedenfalls eine grössere Summe und sachverständige Leitung nöthig sein. (Med. Obosr. Nov. 1883)

— In dem hygienischen Institut des Prof. Fodor in Budapest wurden neuerdings 2 Arbeiten vorgenommen, die von bedeutendem praktischem Interesse auch für andere Städte, obgleich sie sich auf die genannte Stadt speciell beziehen. *Die Untersuchungen beziehen sich auf Brod und Milch.* Dr. Steiner untersuchte aus 83 verschiedenen Verkaufsläden entnommenes *Brod* und erhielt folgende Resultate die Brodproben waren zumeist aus gutem Weizen- und Kartoffelmehl gebacken. Der Wassergehalt des Brodes, der normaler Weise zwischen 18—30 % (Vogel) schwanken darf, betrug 45—50 %; *Alaun*, welches bekanntlich von den Bäckern zugesetzt wird, um das dumpfe Mehl aufzubessern etc., wurde in 14 Proben (42 % derselben) gefunden und zwar in Mengen von 1—5 Grm. pro Kilo., welche schon im Stande sind selbst bei Erwachsenen Verdauungsstörungen hervorzurufen. (Wie mag es damit bei unserem Brod stehen? Sollte es sich nicht lohnen, dass auch unser hygienisches Laboratorium dem Beispiele des Pester Collegen folgte!)

Ueber «*unverfälschte und die Marktmilch in B.*» stellten die DDr. D. Fuchs und J. Péchy Untersuchungen an. Während die unverfälschte Milch nach dem Piknometer ein specifisches Gewicht von durchschnittlich 1026,9—1027,7 aufwies, ergab die Marktmilch ein weit geringeres Gewicht, statt 3,2 % fand man nur 2,8 % Fetttheile. Es erweist sich also, dass auch dort die Milch abgerahmt und mit Wasser verdünnt zum Verkaufe kommt, zuweilen um 50—60 % verdünnt. (Pest. med. chir. Pr. №№ 33 und 35).

— Nach den in einem von Prof. Dr. Sormani zu Pavia veröffentlichten Werke gegebenen Daten stellt sich die *Mortalität in den Armeeen* der benachbarten Staaten folgendermaassen: *Preussen* mit 5,7, *England* mit 8,4, *Frankreich* mit 9,2, *Oesterreich* mit 11,2 und *Italien* mit 11,6 auf 1000 Mann per annum, mithin steht Preussen mit der günstigsten Mortalitätsziffer an erster Stelle, was um so bemerkenswerther ist, da Preussen in Betreff der allgemeinen Mortalität — 26,9 auf 1000 Einwohner — erst die dritte Stelle, nach England mit 21,7 und Frankreich mit 24,4 einnimmt. Wenn man aber die sehr zahlreichen Selbstmorde in der preussischen Armee nicht in Anschlag bringt, so stellt sich die Mortalitätsziffer in der preussischen Armee noch weit niedriger und zwar nicht höher, als 3,7. Im elften Armee-Corps (von 16) schwankt die Mortalität zwischen 2 und 3 per 1000 Mann.

(Wien. med. Blätter — A. m. C.-Ztg.)

Krankenbestand in den Civilhospitälern St. Petersburgs

am 1. Januar 1884.

Männer.	Weiber.	Summa.
2968	1715	4683

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	321	90	411
Scharlach	14	11	25
Pocken	1	3	4
Venerische Krankheiten	493	346	839

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	9—15 Dec.	181 732	79	6	22,5	7,6	32,0
Kopenhagen	12—18 Dec.	258 000	100	13	20,1	13,0	31,4
Berlin	16—22 Dec.	1 192 203	480	100	20,9	20,8	37,5
Wien	9—15 Dec.	749 762	369	49	25,4	13,2	28,0
Brüssel	9—15 Dec.	166 351	78	2	24,4	2,6	32,2
Paris	14—20 Dec.	2 239 928	1064	116	24,7	10,9	26,4
London	16—22 Dec.	3 955 814	1609	200	21,1	12,4	33,9
St Petersburg.	**23—29 Dec.**	**928 016**	**584**	**85**	**32,7**	**14,5**	**24,7**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 9. Januar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. Januar 1884.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14.

Гейденрейхъ, Д-ръ Ѳ. Б. Указанія къ противугнилостному лѣченію и перевязкѣ ранъ. Согласно пріемамъ, употребляемымъ въ клиникѣ Проф. Н. В. Склифосовскаго въ Москвѣ. Съ 18 рис. въ текстѣ. 1884. 50 к., съ перес. 60 к.

Шаховскій. Основныя причины индивидуальныхъ измѣненій, уродствъ и болѣзней. 1883. 50 к.

Якубовичъ. Что такое малярскій ядъ? 1883. 1 р.

Brook. Veröffentlichungen der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin VIII. (5-te öffentl. Versammlung der balneolog. Section am 17. u. 18. März 1883) 1 Rbl. 20 Kop.

Ball. Leçons sur les maladies mentales. 1883. 10 Rbl.

Bordier. La géographie médicale (Avec cartes explicatives). 1883. 1 Rbl.

Brücke. Vorlesungen über Physiologie. 3. verm. und verb. Aufl. II. Bd. 1883. 6 Rbl.

Capellmann. Facultative Sterilität ohne Verletzung der Sittengesetze. 1884. 30 Kop.

Guyon et **Bazy.** Atlas des maladies des voies urinaires 4-ème livr. 1883. 6 Rbl. 25 K.

Hamon. Die la paralysie pseudo-hypertrophique ou sclerolipomatose musculaire. 1883. 1 Rbl. 50 Kop.

Koelliker. Zur Entwicklung des Auges u. Geruchsorgans menschlicher Embryonen. 1883. 1 Rbl. 90 Kop.

Krukenberg. Grundriss der medicinisch-chemischen Analyse. Mit 29 Holzschnitten u. 1 lithogr. Tafel. 1883. 3 Rbl.

Leiserink. Der Torfmoos-Verband. Mit 3 Abbildungen. 1883. 35 Kop.

Lesser. Fünf Jahre poliklinischer Thätigkeit (1877—1882). 1 Rbl. 80 Kop.

Nielly. Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux. Avec 19 planches. 1883. 2 Rbl. 75 Kop.

Sachs' medicinischer Almanach für das Jahr 1884 oder Repertorisches Jahrbuch für die Leistungen der gesammten Heilkunde. 60-ster Jahrg. 1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Sanderson. Manuel de physiologie. Traduit de l'anglais. 1884. 7 Rbl.

Schlenker. Untersuchungen über die Verknöcherung der Zahnnerven. Ihre Ursachen, Erscheinungen, Folgen und Behandlungen. Mit 31 Abbildg. im Texte. 1883. 1 Rbl. 45 K.

Stecher. Zum Schutze wider die Diphtherie. 1884. 1 Rbl. 20 Kop.

Transactions of the american gynecological society VII. (For the year 1882). 1883. 16 Rbl. 20 Kop.

Stein. Der Organismus der Infusionsthiere. 3. Abth. 2. Hälfte. (Die Naturgeschichte der Arthropoden Flagellaten). Mit 25 Tafeln. 1883. 36 Rbl.

Wundt. Traité de physique médicale. Traduit de l'allem. 1884. 6 Rbl.

Alvater. Die Morphium-Einspritzungen (Subcutane Injection). 3. verb. Aufl. 1884. 1 Rbl. 10 Kop.

Birch-Hirschfeld. Die Bedeutung der Muskelübung für die Gesundheit der deutschen Jugend. Ein Beitrag zur sogenannten Ueberbürdungsfrage. 1883. 60 Kop.

Joessel. Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie, mit Einschliessung der Operationsübungen an der Leiche. I. Bd. (Die Extremitäten). Mit 155 in Farbendruck ausgeführten Holzschnitten. 1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Koehler. Aerztliches Recept-Taschenbuch. 2. verb. Aufl. 1884. 2 Rbl. 40 Kop.

Krause. Die Anatomie des Kaninchens in topographischer u operativer Rücksicht. 2. verb. Aufl. Mit 161 Holzschnitten. 1884. 4 Rbl. 80 Kop.

Landois. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 4. verb. Aufl. I. Bd. 1884. 3 Rbl.

Rieger. Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten hypnotischen Zustände. Mit 4 Tafeln in Lichtdruck. 1884. 2 Rbl. 70 Kop.

Vierordt. Die einfache chronische Exsudativ-Peritonitis 1884. 4 Rbl. 90 Kop.

Wernher. Zur Impffrage. Resultate der Vaccination u. Revaccination vom Beginn der Impfung bis heute. 1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Woodhead. Practical pathology. With 136 col. plates. 1883. 15 Rbl. 20 Kop.

Сѣченовъ. Физіологическіе очерки, 1884. 1 Rbl.

Fehling. Lehrbuch der Auscultation und Percussion 4 verb. Aufl. 1884. 3 Rbl. 90 Kop.

Gottstein. Die Krankheiten des Kehlkopfes. Mit 35 Abbildungen. 1883. 3 Rbl. 60 Kop.

Hebra. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde. Mit 35 Abbild. in Holzschnitt. 1884. 7 Rbl. 20 Kop.

Heitsmann. Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina, I Abth. Mit 8 chromolithogr. Tafeln und 14 Holzschnitten 1883. 5 Rbl. 40 Kop.

Heitzmann. Mikroskopische Morphologie des Thierkörpers im ges. und kranken Zustande. Mit 380 Orig.-Abbild. 1883. 15 Rbl.

Hock. Bericht der Privat-Augenheilanstalt in Wien, von 1882 bis 1883. Nebst Beiträgen zur Lehre von der Neuritis retrobulbaris. 1 Rbl. 20 Kop.

Kormann. Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte u. Studirende. Mit 106 Holzschnitten. 1884. 6 Rbl.

Langer. Anatomie der äusseren Formen des menschlichen Körpers. 1883. 5 Rbl. 40 Kop.

Leube. Ueber die Bedeutung der Chemie in der Medicin, 1884. 60 Kop.

Lorenz. Zur Lehre vom erworbenen Plattfusse. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1883. 4 Rbl. 20 K.

Otto. Anleitung zur Ausmittelung der Gifte. 6. neu bearb. Aufl. I. Hälfte 1883. 1 Rbl. 80 Kop.

Puschmann. Die Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre. 1884. 4 Rbl. 80 K.

Scheffler. Die Theorie des Lichtes, physikalisch und physiologisch mit spec. Begründ. der Farbenblindheit. 1883. 1 Rbl. 80 Kop.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 12. Congress, abgehalten zu Berlin vom 4.—7. April 1883. Mit 5 Tafeln und Holzschnitten. 1883. 10 Rbl. 80 Kop.

143 (1)

Въ книжномъ магазинѣ **К. Риккеръ** въ Петербургѣ, Невскій просп., 14.
Поступили въ продажу:

УКАЗАНІЯ КЪ ПРОТИВОГНИЛОСТНОМУ ЛЕЧЕНІЮ И ПЕРЕВЯЗКѢ РАНЪ

согласно пріемамъ употребляемыхъ въ клиникѣ профес. **Н. В. Склифосовскаго**

составилъ для врачей и студентовъ

Ѳ. Б. ГЕЙДЕНРЕЙХЪ,

ординаторъ факультетской хирургической клиники ИМПЕРАТОРСКАГО московскаго университета.

Съ 18 рисунками въ текстѣ.

С.-Петербургъ, 1884. Цѣна 50 коп., съ пересылкой 60 коп.

ДРОБЯНКИ БАКТЕРІИ

Обработалъ согласно современному состоянію науки

д-ръ **В. Цопфъ,**

доцентъ Университета въ Галле.

Перевели съ нѣмецкаго съ согласія автора и значительно дополнили:

Д-ръ Х. **Гоби**, доцентъ С.-Петербургскаго Университета. и Магистръ П. **Костычевъ** доцентъ Спб. Лѣсного Института.

Съ 34 политипажами, рисованными самимъ авторомъ.

С.-Петербургъ, 1884, цѣна 1 р. 75 к., съ пересылкой 2 руб.

Goldene Medaille für Verbandstoffe. Moskau 1882.

Das

Chemische Laboratorium

von

J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,

empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly, Cambric, Jute, Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte, Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung. 142 (3)

Medico-mechanisches INSTITUT.

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Passive und active Bewegungscuren.
Diätetische Muskelübungen.
Orthopädische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und andere Deformitäten.

Saison vom 1. September bis 1. Mai.

Empfang täglich 11 Uhr.

139 (12) Dr. W. **Djakowsky.**

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 31 Декабря 1883 года. Herausgeber Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.
IN ST. PETERSBURG. IN DORPAT. IN ST. PETERSBURG.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 2. St. Petersburg, 14. (26.) Januar 1884.

Casuistische Beiträge

von

Dr. L. Holst.

I. Ein Fall von gleichzeitigem Typhus abdominalis und exanthematicus, complicirt mit Diphtherie.

B. G., Studentin, ledig, 21 Jahr alt, wurde am 21. Sept. a. c. in's Evangelische Hospital aufgenommen. Sie gab an schon seit einiger Zeit sich unwohl zu fühlen, Frösteln und Hitzegefühl, Kopfschmerzen, allgemeines Unbehagen gehabt zu haben, ohne dass ein richtiger Frostanfall je eingetreten wäre, und seit dem 17ten bettlägerig zu sein. Ausserdem wurde über Schnupfen geklagt. Die Temperatur sollte sich in den letzten Tagen um 40° C. herum bewegt haben. Stuhl retardirt.

Die Untersuchung der kräftig gebauten Patientin ergab bei hoher Temperatur, die am Abend 40,9 betrug, einen Puls von 120, geringe Auftreibung des Leibes, etwas Empfindlichkeit in der Ileocoecalgegend, einige zerstreut stehende, rothe, ein wenig über das Hautniveau erhabene Stippen von Hanfkorngrösse. Zunge stark belegt, Milzschwellung gering. — Die Nase trocken, schwer durchgängig, dem entsprechend die Sprache entstellt wie bei starkem Schnupfen.

Es handelte sich hier offenbar um einen Typhus abdominalis, dessen einzelne Symptome aber noch nicht alle deutlich hervorgetreten waren; das Exanthem war schwach ausgesprochen, Milzschwellung und Meteorismus nur in geringem Grade vorhanden, was vielleicht mit der nur kurzen Dauer der Krankheit in Zusammenhang stand, über deren Beginn wegen mangelnder deutlicher Initialsymptome nichts mit Bestimmtheit eruirt werden konnte. — Trotz dem frühen Stadium waren aber schon jetzt zwei recht bedenkliche Erscheinungen vorhanden, der schnelle Puls und der sogenannte «Schnupfen». Ein Puls von 120 bei Abdominaltyphus, namentlich in den ersten beiden Wochen, ist mir stets als ein sehr bedenkliches Symptom erschienen, das wohl immer auf eine ernste Complication hinweist, nur dass man dieselbe nicht immer gleich entdecken kann. Bei genauerem und wiederholtem Nachsehen findet man meist eine Lungenaffection als Ursache des schnellen Pulses. Lässt sich aber solch' eine entzündliche Complication nicht auffinden, so wird die Lage dadurch um nichts besser, eher nur schlechter. Dann ist Herzschwäche die Ursache des schnellen Pulses, sei es dass dieselbe auf einer schon früher vorhandenen Alteration der Herzenergie beruhe, sei es dass letztere als Folge intensiverer Infection aufgetreten sei, — in jedem Falle also eine sehr unangenehme Erscheinung, welche geeignet ist die Prognose in bedenklicher Weise zu trüben. Im vorliegenden Falle aber ergab die Untersuchung der Brust ein durchaus negatives Resultat. Die Ursache musste also anderswo gesucht werden und stand vermuthlich mit dem «Schnupfen» in Verbindung. Ich habe diesen auch ein bedenkliches Symptom genannt, denn einen wirklichen Schnupfen, einen einfachen Catarrh der Nasenschleimhaut habe ich nie Gelegenheit gehabt beim Typhus zu beobachten; wohl aber habe ich öfters, und zwar gerade im Evangelischen Hospitale, Diphtherie des Schlundes oder der hinteren Partien der Nasengänge als Complication des Typhus auftreten sehen. Vor einigen Jahren war mal durch eine Typhuspatientin, die mit dieser Complication behaftet war, Diphtherie in die Typhusabtheilung eingeschleppt worden, und seitdem wurde durch einige Monate hindurch eine jede Tyhuskranke auch von Diphtherie befallen. Obwohl nun im vorliegenden Falle durch die Inspection weder im Rachen noch in den Nasengängen etwas nachgewiesen

werden konnte, vermuthete ich doch, dass Diphtherie der Nase vorläge, — welche auch den schnellen Puls erklärt haben würde — und verordnete Ausspülungen der Nasengänge, durch welche aber weder Secret, noch Borken, noch etwas dem Aehnliches herausbefördert wurde.

Nachdem der vorhandenen Verstopfung wegen einige Gaben Calomel gegeben worden, trat Durchfall ein, welcher, ohne excessiv zu werden, bis zum Ende anhielt. Die Temperatur hielt sich in den nächstfolgenden Tagen auf der Höhe von 40°, bald etwas darüber, bald etwas darunter; der Puls wurde allmälig schneller und kleiner, stieg auf 130 und darüber; die Zunge wurde trocken, schliesslich fuliginös; Milzschwellung sehr deutlich, ebenso die Empfindlichkeit in der Ileocoecalgegend, der Meteorismus nahm zu. Der Zustand der Nase blieb derselbe, im Schlunde war Röthung zu bemerken, aber keine diphtherischen Plaques; durch die Ausspülungen wurde nur etwas Schleim entleert. — Am 26. Sept. ist im Krankenbogen vermerkt: T. M. 39,2, P. 134, klein, Zunge stark belegt, 4 flüssige Stühle, Delirien. *Das Exanthem sieht wie ein gemischtes aus*, stellweise unzweifelhaft die kleinen etwas erhabenen Efflorescenzen des abdominalen, an anderen Stellen wieder die helleren und dunkleren, dichter stehenden Flecken des exanthematischen Typhus aufweisend. Letztere sind auch an den Extremitäten in geringer Anzahl zu bemerken. — Die linke Lunge giebt hinten mässige, aber deutliche Dämpfung und mittelfeine Rasselgeräusche. Conjunctivae injicirt. — In den nun folgenden Tagen war es nicht mehr möglich den Rachen zu inspiciren, da Patientin, die ausserdem nicht bei Bewusstsein war, nicht dazu zu bewegen war den Mund gehörig zu öffnen; auch wurde das Schlingen erschwert, und zwar in beständig zunehmendem Grade, so dass es der Kranken schliesslich unmöglich war, irgend etwas hinunter zu bringen. Drüsenschwellungen am Halse sind in der ganzen Zeit nicht aufzufinden gewesen. Ausspritzungen des Schlundes und Auspinselungen mit Sublimatlösung konnten nur sehr mangelhaft ausgeführt werden, wobei weissliche Fetzen, bisweilen auch einige Blutstreifen entleert wurden; das Schlingen war nach diesen Manipulationen stets etwas erleichtert. — Gleichzeitig mit diesem Fortschreiten der Diphtherie trat der Typhus exanthematicus allmälig immer deutlicher hervor, das Exanthem wurde stärker und deutlicher, und Niemand, der die Patientin am 29. oder 30. Sept. sah, konnte den geringsten Zweifel hegen, dass dieselbe an Typh. exanthematicus leide, so exquisit war Form, Aussehen und Verbreitung des Exanthems. — Unterdessen sank die Temperatur langsam, die Kräfte verfielen trotz aller Excitantia mehr und mehr, der Puls blieb ebenso schnell und wurde allmälig immer kleiner und fadenförmiger, bis endlich am 2. Oct. Morgens der Tod die Scene schloss.

Sectionsbefund. Der linke untere Lungenlappen vollständig hepatisirt, der obere frei. Die rechte Lunge im unteren Lappen durch alte pleuritische Schwarten stark adhärent; die Lunge überall stark hyperämisch, doch lufthaltig. Das Herz klein, welk, namentlich der rechte Ventrikel, in dessen Wandung stellweise von Muskelsubstanz makroskopisch nichts mehr zu erkennen ist; überhaupt ist aber die Wandung sehr dünn, gelblich verfärbt. Die gelbliche Verfärbung ist auch am linken Ventrikel deutlich zu erkennen, jedoch nicht so hochgradig wie am rechten. — Im Rachen ist die Schleimhaut in grosser Ausdehnung mit diphtherischen, nekrotischen Schorfen bedeckt, die sich nach vorne bis weit auf den harten Gaumen verbreiten; dieselben fetzigen Schorfe erstrecken sich auch auf den Oesophagus und bedecken denselben in seiner ganzen Länge bis hinab zur Cardia. Diese Schorfe lassen sich sehr leicht abstreifen, die unter ihnen gelegene Gewebsschicht ist geröthet, rauh, sieht wie zerfressen aus. Im Magen findet man nur Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut. In Larynx und Trachea keine Spur von diphtherischen Plaques oder Schorfen; die Schleimhaut überall stark injicirt und dunkel geröthet, mit blutig gefärbtem Schleim bedeckt, sonst aber intact. — Die Leber sehr gross, weich, schlaff; an ihrer Oberfläche die Abdrücke von den Rippen deutlich markirt. Das Gewebe hochgradig fettig degenerirt, blass-gelblich, sehr blutarm. Die Gallenblase sehr gross, prall gefüllt, enthält eine fast farblose, seröse Flüssigkeit mit sehr zahlreichen, ganz kleinen weissen Flocken; die Schleimhaut blass, eine Oeffnung die in den Ductus cysticus führte, ist nicht aufzufinden; die anderen Gallengänge durchgängig, deutlich gelb gefärbt. — Die Milz sehr gross, derb, blutreich. — Die Nieren ziemlich gross, stark blutreich; die Rindensubstanz verbreitert, Pyramiden stellweise nicht mehr zu erkennen, namentlich in der linken Niere. — Im Darm zahlreiche Typhusgeschwüre; im Colon ascendens noch wenig und nur oberflächlicher Zerfall zu bemerken, dagegen sehr zahlreiche, dicht stehende, bis linsengrosse, markige, oberflächlich gelegene Infiltrationen, die an der Spitze zu zerfallen beginnen, theilweise in dunkle Schorfe umgewandelt sind. Im Ileum sehr zahlreiche, grössere und kleinere Typhusgeschwüre, die um so dichter und grösser werden, je näher zur Ileocoecalklappe hin, deren nächste Umgebung fast nur eine zerfressene Geschwürsfläche und fast gar keine unverletzte Schleimhaut mehr aufweist.

Wie schon oben bemerkt, war in den letzten Tagen das Exanthem so deutlich ausgesprochen, dass an dem Vorhandensein eines Typhus exanthematicus absolut nicht gezweifelt werden konnte. Es fragte sich daher nur noch, ob unsere anfängliche Diagnose eines Typhus abdominalis nicht vielleicht auf einem Irrthum beruhte. Doch wurde die Richtigkeit derselben durch die Autopsie nachgewiesen. Es lag hier also ein Fall vor, wo ein Individuum thatsächlich gleichzeitig an beiden Typhusformen krank gelegen hatte. Da die Krankheit überhaupt nicht lange gedauert hatte, musste auch die Infection mit beiden Typhusarten gleichzeitig, oder doch ganz kurz hintereinander stattgefunden haben. Fälle von doppeltem Typhus sind gewiss auch früher schon öfters vorgekommen, aber noch öfter ist, wie ich glaube, diese Diagnose ohne genügende Berechtigung gestellt worden.

Allerdings gehören die Typhen zu denjenigen Krankheiten, die in Charakter und Verlauf einen sehr feststehenden Typus zeigen, doch sind gerade bei ihnen auch sehr auffallende Abweichungen vom normalen Typus zu beobachten. Aus irgend welchen Unregelmässigkeiten in Form und Verlauf des Exanthems, Abweichungen von den gewöhnlichen Schwankungen der Fiebercurve, gleich auf eine Complication mit einer anderen Typhusform zu schliessen, erscheint daher nicht gerechtfertigt, und es wäre vorschnell

auf derartige Unregelmässigkeiten die, in jedem Falle etwas auffallende, Diagnose einer solchen Complication gründen zu wollen. Sowohl die Theorie als die tägliche Erfahrung spricht entschieden gegen eine solche Verbindung zweier Typhusformen mit einander, welche jedenfalls nur eine höchst seltene Ausnahme bilden kann, und die allgemein gültige Regel, dass ein Typhuskranker entweder an einer *oder* an der anderen Typhusform erkrankt sei, durchaus nicht aufhebt, sondern nur bestätigt. Es verhält sich damit ebenso, wie mit dem mehrmaligen Erkranken an Syphilis, an Variola vera etc., was sicherlich auch vorkommt, aber doch so selten, dass jede derartige Diagnose durch *sehr* triftige Beweise gestützt sein muss, um überhaupt als richtig anerkannt zu werden. Um so mehr wollte es mir scheinen, dass ein wirklich sicher constatirter Fall von gleichzeitigem Typhus abdominalis und exanthematicus der Veröffentlichung wohl werth sei.

Durch einen solchen Fall scheint mir noch eine andere Frage der Entscheidung bedeutend näher gebracht worden zu sein. Bei dem jetzigen Stande der Untersuchungen lässt sich wohl sagen, es sei so gut wie erwiesen, dass der Abdominaltyphus ebenfalls zu den Pilzkrankheiten gehöre; um die Sache als völlig erwiesen zu erachten, dazu fehlt nur noch das Experimentum crucis, die Hervorrufung dieser Krankheit durch Impfung der specifischen Keime, was bisher noch nicht gelungen ist. Wir können aber erwarten, dass auch das mit der Zeit gelingen wird. Sehen wir nun die mykotische Natur des Infectionsstoffes des Typhus abdominalis für erwiesen an, — wie sie für den Typhus recurrens ebenfalls mit nahezu völliger Sicherheit erwiesen ist, — so folgt daraus, dass auch die dritte Gattung, der Typhus exanthematicus — der ja doch offenbar und unzweifelhaft mit den beiden anderen zu einer Gruppe gehört, deren Glieder einander so nahe stehen, dass eine so wesentliche Differenz wie die Entstehung aus ganz verschieden gearteten Ursachen nicht zulässig erscheint — durch einen specifischen Pilz oder Pilzkeime hervorgerufen wird. Denn man kann sich wohl denken, dass ein Individuum gleichzeitig von zwei verschiedenen nosogenen Pilzkeimen inficirt werde; man könnte sich andererseits auch denken, dass derselbe Pilz unter verschiedenen Bedingungen, — verschiedene Constitution, Lebensverhältnisse, verschiedene Concentration des Giftes etc., — auch verschiedene Erscheinungsformen der Krankheit hervorrufen könnte. Aber das kann man sich nicht denken, dass dieselbe krankmachende Ursache, also derselbe Pilzkeim, in demselben Individuum gleichzeitig zwei verschiedene Krankheiten hervorrufen könne. Wir werden demnach genöthigt sein anzunehmen, erstens, dass auch für den Typhus exanthematicus ein specifischer Pilz als Krankheitserreger existire, obwohl wir denselben bisher noch nicht kennen [1]); und zweitens, dass ein Individuum gleichzeitig durch verschiedene Pilzkeime inficirt werden könne. Letzterer Satz wird dadurch noch mehr gestützt, dass es sich in unserem Falle sogar um eine dreifache Infection handelte, indem gleichzeitig mit den beiden Typhen auch noch Diphtherie aufgetreten war.

[1]) Nachdem Obiges schon vor längerer Zeit niedergeschrieben worden, ist mir kürzlich eine Arbeit von F. W. Mott und J. Blore zu Gesicht gekommen (Brit. med. journ. 1883, № 1196), in welcher die Autoren ihre Entdeckung von dem Typh. exanth. eigenthümlichen Mikrokokken veröffentlichen.

Was letztere betrifft, so ist ihr Verlauf etwas ungewöhnlich gewesen. Offenbar ist sie in der Nähe der Choanen entstanden, hat sich von da aus auf die Rachen- und Mundhöhle und dann weiter hinab in den Oesophagus bis an sein unteres Ende verbreitet, wo sie an der Cardia scharf abgesetzt aufhörte. Larynx und Trachea dagegen, welche doch sonst neben dem Schlunde entschieden Praedilectionsstellen der Diphtherie sind, waren völlig frei geblieben und zeigten nur Reizungserscheinungen. Dieses Bild spricht so entschieden für ein Weiterwandern des Infectionsstoffes längs der Continuität derselben Membran, dass ich mir diese Erscheinung nicht anders erklären kann als durch mechanische Weiterbeförderung der Infection durch Schlingbewegungen. Warum der Process nicht weiter gegangen ist, ob etwa der Magensaft die Fähigkeit besitze das Diphtherie-Gift zu neutralisiren, das muss ich dahingestellt sein lassen.

Die grossen Veränderungen an Leber und Herz stehen ohne Zweifel mit der Krankheit im engsten Zusammenhange und sind als directe Folgen derselben anzusehen, worüber mich eingehender auszusprechen ich hier ja wohl nicht nöthig habe.

Der auffallende Befund an der Gallenblase dagegen hat offenbar mit der zum Tode führenden Krankheit nichts zu thun, und eben so wenig hat diese Anomalie irgend etwas zum unglücklichen Ausgange der Krankheit beigetragen. Die Obliteration des Ductus cysticus hat unzweifelhaft schon lange vor der letzten Erkrankung bestanden, wie der rein seröse Inhalt der Gallenblase ohne jede Beimischung von Gallenbestandtheilen beweist, indem es sich hier offenbar ausschliesslich um Secret der Gallenblasenschleimhaut handelte, dessen Abfluss durch Verschluss des Ausführungsganges unmöglich gemacht worden war.

Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik.

Ueber einen Fall von Teno-synovitis crepitans und die chemische Constitution der sogen. Corpuscula oryzoidea.

Von

Stud. Czerwinski.

Johann Waldmann, 34 a. n. Kleinhändler aus Waimastfer, giebt an, dass sich das in Rede stehende Leiden bei ihm vor ca. 2 Jahren in unmittelbarem Anschluss an eine intensive Quetschung entwickelt habe. Die Function der Hand und der Finger ist in keiner Weise behindert, nur soll sich auffallend leicht Ermüdung derselben einstellen. Patient ist im vorigen Jahre eine geraume Zeit hindurch erfolglos mit Compression behandelt worden.

Status vom 1. *Dec.* 1883. Am Dorsum der linken Hand des Pat. befindet sich eine grosse flache Geschwulst, welche die Gegend des Handgelenks einnimmt und sich nach vorne etwa bis zur Mitte des Metacarpus, nach oben auf den untersten Theil des Vorderarms fortsetzt.

An der Oberfläche der Geschwulst sind zwei sich kreuzende Furchen wahrnehmbar, welche dieselbe in vier grosse, stärker prominirende Lappen oder Buckel zerlegen. Die eine dieser Einziehungen, breit, aber ziemlich seicht, wird durch das Lig. carpi dors. bewirkt, die andere, eine Längsfurche, theilt die Geschwulst in einen radialen und einen ulnaren Wulst. Der erstere zieht schräg von der Mittellinie des Vorderarmes, entsprechend dem Verlaufe der

2

Sehne des Extensor pollic. long, zum *ersten Metacarpalknochen*, der letztere geht der Bahn der Sehne des *Extens. digitor. commun. folgend*, in gerader Richtung vom Unterarm auf die Mittelhand über. Im vordersten Abschnitte, der über dem Metacarpus gelegen ist, stehen die beiden Tumoren etwas von einander ab, während sie weiter oben zu verschmelzen scheinen — jedenfalls lassen sie sich da nicht mehr scharf gegen einander abgrenzen.

Die Haut über der Geschwulst zeigt keine Veränderungen es sei denn, dass sie vielleicht etwas verdünnt ist.

Bei der Palpation des Tumors hat man eine Empfindung, wie wenn man einen feuchten Schneeball zusammendrückt oder einen Beutel mit Schrot zwischen den Fingern rollt.

Es gelingt ohne weiteres, durch stärkeren Druck den Inhalt der Geschwulst verdrängend, ihre knöchernen Unterlagen durchzufühlen; bei dieser Procedur wölbt sich der andere Theil des Tumors stärker vor.

Eine weite Communication zwischen den beiden Hygromen lässt sich mit Sicherheit ausschliessen.

Am 1. Dec. wurde die Doppelincision der beiden Hygrome von Herrn Prof. v. Wahl vorgenommen und zwar in der Weise, dass ein jedes derselben, oberhalb und unterhalb des Radiocarpalgelenkes an den am meisten prominirenden Partien durch je einen 3—4 Ctm. langen Längsschnitt eröffnet wird (an beiden Hygromen zusammen wurden also 4 Schnitte angelegt). Nach der Eröffnung entleerte sich aus den Sehnenscheiden eine nur ganz geringe Menge gelblicher dünnflüssiger Synovia und eine grosse Anzahl von sog. freien oder Reiskörpern.

Die letzteren sind opak, weiss oder leicht gelblich gefärbt, zeigen eine vollkommen glatte Oberfläche, abgerundete glatte Ränder und erinnern in ihrer Gestalt theils an Reiskörner theils an Ameiseneier, indem sie mehr ovoïd geformt sind; dieses gilt namentlich von den grösseren.

In Bezug auf ihre Dimensionen zeigen die Corpuscula oryzoidea nicht unbeträchtliche Differenzen. Während einzelne kaum hirsekorn- oder linsengross sind, sind andere erbsengross und darüber und zeigen einen Längsdurchmesser von 1 Ctm. und mehr, während ihr grösster Querdurchmesser 0,5 Ctm. betragen dürfte. Die grösseren unter den Reiskörpern entstammten fast durchweg der Scheide des Extens. pollic. long., während die kleineren sich aus derjenigen des Extens. digitor. commun. entleerten. Stielbildungen oder Andeutungen von solchen sind an den entleerten Körpern nicht wahrzunehmen. Ihre Consistenz ist eine fest elastische, sie sind dabei so zäh, dass es nicht möglich ist ohne weiteres dünne Schnitte von denselben anzufertigen. Ein Theil der Reiskörper zeigt auf dem Querschnitt im Centrum eine Höhle, während an anderen, (namentlich den kleineren) von einer solchen nichts wahrzunehmen ist.

Von den weiten Incisionsöffnungen aus konnte die Innenfläche der Säcke ohne Mühe übersehen werden. Sie waren theils mit fein gestielten polypösen Bildungen, theils mit mehr breit aufsitzenden Reiskörpern bedeckt; von einer Gitterung oder Zerfaserung der Sackwandungen, wie sie von Volkmann[1]) erwähnt wird, war dagegen nichts zu entdecken. Die Sehnen selbst erschienen vollkommen normal und zeigten keine Spur von Auflockerung.

Es wurde nun ein etwa fingerdickes, reichlich gefenstertes Drainrohr durch die Scheide des Extens. pollic. long. hindurchgeführt, an welcher wie oben erwähnt zwei Oeffnungen angebracht worden, und wurden dann mit demselben durch Zug, der abwechselnd bald an dem einen, bald an dem anderen Ende angreift, sägende Bewegungen ausgeführt, um die noch zurückgebliebenen, der Sackwand anhaftenden Reiskörper zu entfernen. Das Drainrohr war mit dem Schlauche eines, eine 1°/∞ Sublimatlösung enthaltenden Irrigators in Verbindung gesetzt worden, wodurch eine Combination des eben geschilderten von Volkmann[1]) als Ausbürstung bezeichneten Verfahrens mit einer Ausspülung der Sehnenscheide ermöglicht wurde. Die gleiche Manipulation wurde dann auch an dem anderen Hygrom vorgenommen.

Darauf wurden etwa 3—4 Ctm. lange dünne Drainröhren in die Sehnenscheiden von den 4 Incisionsöffnungen aus eingeführt, die letzteren durch Nähte geschlossen, die Wundlinien mit Jodoform bestreut, darüber ein antiseptischer Verband applicirt und die Hand auf einer (volaren) Schiene ruhig gestellt.

Die Operation wurde ohne Spray ausgeführt, als Verbandmaterial diente die in der hiesigen Klinik jetzt ausschliesslich benutzte Sublimatgaze. Der Wundverlauf war vollkommen ungestört, nur am nächsten Tage nach der Operation wurde eine ganz geringe Temperatursteigerung (37,9° C.) beobachtet. Am fünften Tage nach der Operation wurden drei der Drainröhren, da sie vollständig trocken lagen, entfernt; aus dem vierten, welches 24 Stunden länger liegen blieb, entleerte sich bei Druck eine minimale Quantität eines mehr serösen denn eitrigen Secretes. Am 7. Tage wurde Pat. nach Entfernung sämmtlicher Nähte mit einem Salicylwatteverbande entlassen. Von jenen Stellen, wo die Drains gelegen, abgesehen, war eine vollständige prima intentio eingetreten.

Bei der chemischen Untersuchung, welche ich unter freundlicher Mithilfe des Herrn Dr. Bunge, Docenten der Physiologie hieselbst anstellte, gaben die Corpuscula oryzoidea folgende Reactionen:

Die Körper quellen in verdünnter Kalilauge und lösen sich in derselben leicht und vollständig beim Erwärmen.

Diese Lösung giebt sehr schön die Biuretreaction. Auf Zusatz von Essigsäure zu dieser Lösung entsteht eine Trübung, welche sich im Ueberschuss von Essigsäure schon in der Kälte löst.

In der auf diese Weise dargestellten essigsauren Lösung bewirkt Ferrocyankalium eine leichte Trübung.

Durch Zusatz von Glaubersalz zur essigsauren Lösung entsteht in der Kälte eine mässige Trübung, welche beim Erwärmen wieder verschwindet.

Gerbsäure sowohl als auch Sublimat erzeugen eine deutliche Fällung.

Die Körper lösen sich in Salpetersäure beim Erwärmen mit gelber Farbe, — Xanthoproteïn; beim Erkalten trübt sich diese Lösung ohne zu gelatiniren.

[1]) Beiträge zur Chirurgie, p. 210.

[1]) Beiträge zur Chirurgie, p. 208.

Zusatz von Kalilauge färbt diese Lösung intensiv orange.

Beim Digeriren auf dem Dampfbade lösen sich die Reiskörper nur zum Theil; die Lösung gerinnt nicht beim Erkalten.

Zusatz von Essigsäure zu dieser Lösung bewirkt eine Trübung, die sich bei weiterem Zusatz dieser Säure wieder klärt.

Zusatz von Glaubersalz zu dieser essigsauren Lösung giebt schon in der Kälte einen Niederschlag, der sich beim Erwärmen *nicht* wieder auflöst.

Mit Ferrocyankalium giebt die essigsaure Lösung eine starke Fällung.

Beim Erhitzen mit Wasser im zugeschmolzenen Glasrohr auf 150° lösen sich die Corp. oryzoidea im Laufe mehrerer Stunden fast vollständig — auch diese Lösung gelatinirt nicht beim Erkalten — selbst nicht nach vorherigem Eindicken (bis zur Syrupconsistenz) auf dem Dampfbade. Die so erhaltene, durch Filtriren vollkommen geklärte Lösung wird durch Essigsäure + Glaubersalz weder in der Kälte noch bei Siedhitze getrübt. Auch Ferrocyankalium + Essigsäure vermag die Lösung nicht zu trüben.

Eine deutliche Fällung bewirkt dagegen in dieser Lösung Zusatz von Gerbsäure oder Sublimat.

Bei mehrtägigem Digeriren mit Kochsalzlösung in der Kälte, lösen sich die Reiskörper zum Theil auf — diese Lösung coagulirt beim Kochen.

Auf Zusatz von Essigsäure entsteht schon in der Kälte ein Niederschlag.

Aus diesen Reactionen geht hervor, dass die Corpuscula oryzoidea in unserem Falle aus einem Gemenge von Eiweisskörpern bestehen, unter welchen sich auch *Hemialbumose* befindet. Letztere ist allerdings nur in geringer Menge vorhanden, was daraus zu entnehmen ist, dass Gerbsäure, nach dem Abfiltriren der durch Glaubersalz + Essigsäure in der Kälte bewirkten Trübung, in dem Filtrate noch einen starken Niederschlag erzeugt.

Beim Erhitzen auf 150° werden die in den Reiskörperchen enthaltenen Eiweisskörper vollständig peptonisirt. Leimgebende Substanz enthalten die Corp. oryzoidea *nicht*.

Dieser Befund stimmt nur bis zu einem gewissen Grade mit den Angaben der Autoren überein, welche allerdings die chemische Seite der Frage meist mit Stillschweigen übergehen oder doch nur in sehr wenig befriedigender Weise beantworten. So sagt z. B. Heineke[1]): «Die Reiskörperchen haben die chemische *Zusammensetzung* der Eiweisskörper.»

Volkmann[2]) macht nur bei zwei, der von ihm beschriebenen Fälle Angaben über die chemische Natur der Corpuscula oryzoidea. In dem ersten dieser beiden Fälle beschränkt sich der citirte Autor auf die Mittheilung, dass die Körper weder Leim noch ähnliche Substanzen enthalten, in dem anderen erwähnt er folgende Reaction derselben: «sie quellen in einer Salzsäurelösung von 1 : 1000 zu einer klaren Gallerte auf. Alkohol macht sie intensiv weiss. Bei Essigsäurezusatz trüben sie sich anfangs, um sich bald wieder aufzuhellen. Ebenso werden sie durch ³/₄ procentige Kochsalzlösung getrübt. Die Salztrübung schwindet jedoch wieder bei Essigsäurezusatz.»

[1]) Anat. u. Pathol. d. Schleimbeutel und Sehnenscheiden. 1. (allgemeiner) Theil. Erlangen 1867, p. 28.

[2]) Beiträge zur Chirurgie, p. 211 u. p. 214.

Was endlich die Morphologie der Reiskörper anbelangt, so ist das Nöthige über deren Form, Grösse u. s. w. bereits oben gesagt worden, auch wurde dort schon erwähnt, dass ein Theil derselben eine centrale Höhle aufweist. Es erübrigt also nur noch einiges über ihren mikroskopischen Bau hinzuzufügen. Dieser spricht zu Gunsten der älteren Virchow'schen[1]) Anschauung, welche in neuerer Zeit wiederum von Heineke[2]), Luecke[3]), Volkmann[4]) u. a. vertreten wird.

Auf dem Durchschnitt zeigten die fraglichen Gebilde eine concentrische Schichtung, welche recht deutlich in der peripheren Zone der Körperchen hervortritt, weiter zum Centrum hin dagegen mehr verwischt erscheint. Die einzelnen Schichten bestehen aus einer amorphen, leicht granulirten structurlosen Masse, welche in ihrem Aussehen in hohem Maasse an Eiweissgerinnsel erinnert. Von zelligen Elementen ist nichts zu entdecken, ebensowenig lässt sich in den Reiskörpern Bindegewebe nachweisen, wie es Virchow[5]) beobachtete, oder gar Faserknorpel, den J. Cloquet[6]) gefunden haben will.

Referate.

G. Bouma: Eine Jodoformreaction. (Centralbl. für Chirurg. 1883. № 48).

Verf. ist der Meinung, die Erscheinung, dass in manchen Kliniken gute Resultate mit dem Jodoform erzielt werden, in anderen schlechte, zum Theil daher rühre, dass in letzteren unreines Jodoform gebraucht worden sei. Auf der Klinik zu Leyden bei Prof. van Iterson sind nur üble Zufälle nach Jodoform beobachtet worden, wenn das letztere chemisch nicht geprüft worden. Beispielsweise wurde eine Partie Jodoform in der Klinik als nicht rein acceptirt, weil es 8% Verunreinigungen enthielt. Diese Partie wurde in einer anderen Stadt verkauft und angewandt. Die Folgen waren ernstere Intoxicationen in fast der Hälfte der grösseren Operationen, bei denen es angewandt wurde. Aehnliche Beispiele führt Verf. noch einige an. Die vielfach angeführte Reaction zur Prüfung des Jodoforms ist von dem Apotheker der Klinik Agema für ungenügend erkannt und modificirt worden, sie lautet: «Man schüttelt Jodoformpulver mit destillirtem Wasser, filtrirt ab und setzt zum Filtrate alkoholische Höllensteinlösung zu. Das Filtrat soll sich hierbei nur sehr leicht trüben; wenn ein Niederschlag entsteht, so ist das Jodoform gewiss unrein».

Die Agema'sche Modification ist folgende: «Man lässt die Flüssigkeit nach Zusatz von Höllensteinlösung 24 Stunden stehen. Sind im Wasser lösliche abnorme Bestandtheile vorhanden, so tritt ein schwarzer Niederschlag von reducirtem Silber auf. Reines Jodoform giebt nur eine schwache, grauweisse Trübung auf dem Boden des Reagensgläschens. Alle Präparate, welche Intoxicationen verursacht hatten, ergaben die genannte Reaction». Verf. will hiermit durchaus nicht behauptet haben, dass reines Jodoform nicht toxisch wirken könne. Ferner meint Verf., dass reines Jodoform, längere Zeit aufbewahrt, durch Luft und Licht giftige Eigenschaften annimmt. Lange aufbewahrtes Jodoform gab einmal auf der Klinik sehr leichte Intoxicationserscheinungen, dasselbe Präparat gab aber auch bei der Prüfung darnach schwarzen Niederschlag nach 24 Stunden. T.

W. N. Nikitin: Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Separatabdruck aus dem Med. Wjestn.)

Ein geschickt zusammengestelltes Capitel der Nasenkrankheiten. In knapper, klarer Form bietet der Autor die Lehre von den adenoiden Vegetationen, deren grob- und feinanatomisches Bild, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie mit Einflechtung einiger eigenen Beobachtungen ohne Krankengeschichte.

Es ist die kleine Brochüre für das Bedürfniss des Studirenden und des praktischen Arztes, dem dieses Gebiet doch ferner liegt, berechnet und können wir sie diesen zur Orientirung und Belehrung in dieser Frage recht empfehlen. N.

[1]) Prager Ver. Ztg. 1846, 2—3.

[2]) Ibidem.

[3]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. (v. Hueter u. Luecke). Bd. I, p. 467.

[4]) Pitha-Billroth's Handbuch der Chirurgie. Bd. 11. Abthlg. II, p. 827. Anm. u. Beiträge für Chirurgie, p. 210 u. ff.

[5]) Die krankhaften Geschwülste. 1863. Bd. 1, p. 208.

[6]) Referirt von Michon in: des tumeurs synovials de la partie inférieure de l'avant-bras etc. Paris 1851.

Prof. S. P. Kolomnin: Unterbindung der Carotis externa. Beiderseitige Unterbindung des Gefässes bei Neubildungen. (Med. Bibl. № 8. 1883).

Verf. proponirt an Stelle der wegen der nachfolgenden Gehirnerscheinungen gefährlichen Unterbindung der Carotis communis die Unterbindung der Carotis externa zu setzen. Nach einer kurzen und wenig übersichtlichen historischen Skizze der Unterbindung der Carot. ext. erwähnt Verf., dass in Russland die Unterbindung der Carotis ext. in der Continuität zuerst von ihm im Jahre 1880 ausgeführt worden sei. Behufs Ausführung der Continuitätsligatur acceptirt Verf. als locus electionis den Gefässabschnitt zwischen dem Abgange der Thyreoid. sup. und Lingualis und plaidirt für strengste Antisepsis, da bei ihr prima intentio weit häufiger als bei anderen Wundbehandlungsmethoden vorkomme. Zur Ligatur zieht er Catgut vor und meint, es sei noch nicht entschieden, was bei Unterbindung grösserer Gefässe als Ligaturmaterial vorzuziehen sei, Catgut oder desinficirte Seide? Auf die Blutungen aus den Aesten der Carotis ext. übergehend ist Verf. zunächst für die örtliche Unterbindung der Aeste an der Stelle der Verletzung. Wenn diese aber nicht gelinge, so müsse die Carotis ext. und nicht die Carotis communis unterbunden werden und bei etwaiger unzureichender Blutstillung zur Unterbindung desselben Gefässes auf der anderen Seite geschritten werden. Verf. schliesst diese Erörterung mit der Frage: «Sollte wirklich jemand den Beweis führen wollen, dass die beiderseitige Unterbindung der Carotis ext. — eine selbst bei Arteriensclerose ungefährliche Operation — weniger wirksam sei, als die in solchen Fällen gefährliche Unterbindung der Carotis communis?» Ref. stimmt natürlich dem bei, dass die Arterie am Orte der Verletzung zu unterbinden sei, kann sich aber nicht dazu verstehen, dass bei Blutung aus der Maxillaris int., in dem einzigen Falle, in dem die Unterbindung eines Astes der Carotis ext. in loco nicht leicht ausführbar wäre, die Ligatur der Carotis ext. der der Carotis communis vorgezogen werde, da ja schon die zahlreichen Anastomosen der Maxillaris interna mit der Carotis int. den Erfolg der Operation vereiteln müssen. Nach dem Gesagten erscheint Ref. auch der Beweis nicht schwierig, dass bei Blutung aus einer Maxillaris int. die beiderseitige Unterbindung der Carotis externa weniger wirksam sei, als die einseitige Unterbindung der Carotis communis.

Im zweiten Abschnitt der Arbeit proponirt Verf. die bilaterale Unterbindung der Carotis ext. behufs Atrophirung der Neubildungen im Gesicht und meint, dass sie indicirt sei bei Elephantiasis Arabum und ausgebreitetem Angiom des Gesichtes. Was für ein Erfolg von dieser Operation bei Lupus zu erwarten sei, das sei eine Frage, auf die heut zu Tage nicht geantwortet werden könne. Bei bösartigen inoperablen Neubildungen verspricht sich Verf. von der beiderseitigen Unterbindung der Carotis ext. keine Radicalheilung; doch halte die Operation temporär das Wachsthum auf und vermindere die Schmerzen. Verf. erklärt den Effect der Unterbindung dadurch, das nach der beiderseitigen Unterbindung der Carotis ext. eine Verlangsamung des Blutstroms im Verzweigungsgebiete eintrete und dadurch in dem Bezirke jenseits der Ligatur das Blut einen mehr venösen Charakter annehme. Das venöse Blut beeinträchtige aber die Ernährung und bringe das Neubildungsgewebe zum Schwund. Als Beispiele führt er an, dass durch digitale Compression der Cruralis Elephantiasis der unteren Extremitäten rasch im Laufe eines Woche verringert werde, dass durch Druck vermittelst eines Ziegelsteines auf das rascheste ein weitverbreitetes Infiltrat bei einem sogen. Bubo strumosus zum Schwund gebracht werde und dass schliesslich die Atrophie des Lupusgewebes durch Scarificationen zu Stande komme, weil letztere Gefässthrombosen bewirken. In Betreff der anderen Gefässbezirke meint Verf., dass die Ligatur beider Zungenarterien wahrscheinlich ausser der Veränderung der Qualität des Blutes, noch Ischaemie in ihrem Verzweigungsgebiete bewirken und daher bei unoperablen Zungencarcinomen anwendbar sei. An den oberen Extremitäten stelle sich der Colleteralkreislauf zu rasch her und daher sei hier die Unterbindung wegen Neubildungen zu unterlassen. An den unteren Extremitäten sei das nicht der Fall, doch müsse hier an Stelle der Arterienligatur die Digitalcompression treten und spricht Verf. das Bedauern aus, dass die Methode des weil. Charkower Prof. Vanzetti, die Compression der Hauptarterie bei diffuser Phlegmone der unteren Extremitäten, in unverdiente Vergessenheit gerathen sei.

Nach diesen vielfachen, nach dem heutigen Standpuncte der Wissenschaft befremdenden Auslassungen referirt Verf. noch über 5 Krankheitsfälle, in denen die Unterbindung der Carotis ext. einerseits oder auch beiderseits ausgeführt ist. Der Leser gewinnt aus diesen Fällen allerdings die Ueberzeugung, dass die Unterbindung der Carotis ext. geübt worden ist; doch wird er über den Nutzen der Unterbindung im Unklaren gelassen, da in den beiden ersten Fällen, wo wegen unoperablen Zungencarcinomen mit weitgehenden krebsigen Infiltrationen des Zungengrundes, der Mundhöhle und der Drüsen des Halses die Unterbindung ausgeführt worden ist, die Patienten sehr bald nach der Operation starben und in den drei anderen Fällen, wo es sich um weitgehende Recidive nach Carcinomen der Unterlippe mit Drüsenerkrankungen handelte, die Patienten sehr bald nach der Operation und zwar ungeheilt entlassen wurden. Beim Falle 4 z. B. wurde am 31. Januar die Carotis ext. beiderseits unterbunden und Pat. am 12 Febr. mit noch nicht geheilter Wunde entlassen.

In Bezug auf die Wundheilung geben diese 5 Fälle auch kein günstiges Resultat, da in allen Fällen von Eiterung und Fieber die Rede ist und bei zweien Erysipel zu verzeichnen war. D.

W. Pokrowski (Tiflis): Bemerkungen zur operativen Behandlung der Leistenbubonen. (Wratsch №№ 25—27 und 29—31. 1883.)

O. Petersen: Der Druckverband bei Behandlung vereiterter Bubonen. (Wratsch № 31. 1883 und Monatshefte f. prakt. Dermatologie. II. Bd. № 10.)

A. Feoktistow: Ueber die operative Behandlung der Bubonen. (Wratsch № 36. 1883.)

Pokrowski berichtet über 55 Fälle, die er auf Vorschlag von Dr. Bornhaupt mit Incision u. scharfem Löffel und zum Theil mit Excision der Drüsenreste (20mal) mit nachfolgendem Druckverbande antiseptisch behandelt hat. Während früher in 31 Fällen bis zur Heilung 76 Tage vergingen, trat sie jetzt nach durchschnittlich 38 Tagen ein.

Petersen, der bereits 1881 (cf. Wochenschrift № 52 desselben Jahres) seine Methode des Druckverbandes beschrieben, theilt seine weiteren Erfahrungen mit. 1881—83 hat P. 114 Fälle von vereiterten Bubonen behandelt (bei 104 Incision, bei 10 Punction mit nachfolgendem Druckverbande). Nach den einzelnen Jahren stellt sich die Durchschnittszahl der bis zur Heilung verlaufenen Tage auf: 21,4 resp. 24,9 resp. 23,7, also im Durchschnitt auf *23,3 Tage;* früher betrug sie 70—90 Tage.

Unter 1 Verband heilten — 23 Fälle,
« 2 Verbänden « — 28 «
« 3 « « — 23 « etc.

Durch die beiden eben genannten Arbeiten angeregt, veröffentlicht Feoktistow seine Methode, die er seit 3 Jahren übt. Während die obengenannten Autoren es mit Hospitalkranken zu thun hatten, beziehen sich F.'s Mittheilungen ausschliesslich auf Privatpraxis, wo er nur frische Bubonen zur Behandlung bekam. Sobald sich nur Schmerz und Schwellung zeigt, muss der Pat. absoluter Ruhe pflegen, und injicirt ihm F. in die Umgebung 5% ige Carbolsäurelösung (subcutan). Dabei achtet er auf Desinfection seiner Spritze und darauf, dass zur Lösung nur das Schering'sche «Phenolum absolutum» gebraucht werde (kostet 1 Rbl. 75 Kop. pr. 1 Pfd.) Ausser den Carbolsäureinjectionen wird die Leistenregion täglich mit Jod gepinselt (T. jodi fortior). Darauf kommt noch eine in 5% iger Carbolsäurelösung getauchte Compresse. Diese Behandlung dauert 5—6 Tage, dann ist keine Gefahr der Vereiterung mehr, Pat. kann umhergehen, muss jedoch 7—10 Tage die Jodpinselung noch fortsetzen. — Ist die Haut über den Bubonen geröthet, so incidirt F. sofort, wenn auch keine Fluctuation fühlbar, und findet gewöhnlich schon Eiter. Der Schnitt wird nie grösser als 2 Ctm. gemacht. F. spült die Wundhöhle mit 10% iger Chlorzinklösung dann aus, darauf Drainage und Verband mit in 5% iger Carbollösung getauchter Lister'scher Marly, darauf entsprechend der Wundhöhle ein Packet feuchter Schwämme, dann Verband mit einer elastischen Binde. F. ist sehr für den durch die Schwämme ausgeübten Druck. Abends wird der Verband gewechselt, wobei in die Umgebung der Wundhöhle subcutane Carbolsäureinjectionen gemacht werden. Steht Pat. nach Verheilung der Wunde auf, so werden die Jodpinselungen wieder fortgesetzt, bis alle Drüsenschwellung geschwunden. Die Wunde verheilte nie später als nach 7—8 Tagen, 1mal nach 48 Stunden. F. verwirft den Gebrauch des scharfen Löffels (bei frischen Bubonen) und die Punction. — (Es ist nur zu bedauern, dass F. nicht angegeben, *wieviel* Fälle er nach seiner Methode behandelt hat. Ref.) P.

H. Maas: Ueber Fäulniss-Alkaloide. (Langenbeck's Arch. für klin. Chirurgie. B. 29, Heft 3. 1883.)

Nach kurzer historischer Einleitung betreffs der einschlägigen Literatur, in welcher Verfasser die Arbeiten v. Bergmann's und seiner Schüler als die wichtigsten hervorhebt, auf den Beginn der chemischen Arbeiten auf dem Gebiete der Fäulniss-Alkaloide oder Cadaver-Alkaloide (Ptomaïne) mit Dupré und Bence Jones zurückgreifend, theilt Verfasser in Folgendem seine in hohem Maasse beachtenswerthen Untersuchungen mit. Verfasser hatte die ersten Stadien der Fäulniss, als die für die Infection besonders gefährlichen, im Auge. Als Fäulnissmaterial wurde Muskelfleisch von menschlichen Leichen oder von frisch geschlachteten Ochsen genommen, oder menschliche Gehirne. Einmal wurde in Fäulniss begriffenes Muskelfleisch einer mit Erfrierung des Fusses behafteten Patientin, welche schnell an Tetanus starb, dem zum Faulen bestimmten Muskelfleisch hinzugesetzt. Das Material wurde 12—24 Stunden im Wärmekasten der Einwirkung einer Temperatur von ca. 25° C. überlassen. Zur Gewinnung der Fäulniss-Alkaloide wurden die gefaulten Massen mit Alkohol übergossen, bis zur deutlich sauren Reaction mit Weinsäure behandelt, die Auszüge filtrirt und auf dem Wasserbade eingedampft, bis der Alkohol verdunstet war, — die sich abscheidenden fettigen und harzigen Substanzen von der wässe-

rigen weinsauren Lösung durch Filtration geschieden und der Rückstand auf dem Filter wiederholt gewaschen. Die erhaltene wässerig weinsaure Lösung wird bis zur Syrup-Consistenz eingedampft und Alkohol zugesetzt, bis keine Fällung mehr eintritt, die gefällten Massen werden unter Auswaschen mit Alkohol durch Filtriren abgeschieden, der Alkohol entfernt und die weinsauren Salze der Fäulniss-Alkaloide in Wasser aufgenommen. Die wässerige Lösung zeigte die für Alkaloide charakteristischen Reactionen. Ein Alkaloid aus der wässerig-weinsauren Lösung ging in Aether über. Meist geschah eine Versetzung der Lösung mit Natronlauge, um die Alkaloide frei zu machen, dann fand Ausschüttelung mit Aether statt. Die Aetherauszüge wurden gesammelt und der Aether abdestillirt. Es gingen 2 verschiedene Alkaloide über, ein sehr flüchtiges und ein weniger flüchtiges. Das erstere, in zu geringer Menge dargestellt, konnte in seinen Wirkungen nicht geprüft werden. Die zweite in den Aether übergehende Base war von öligem Aussehen, stark alkalisch und mit Salzsäure ein krystallinisches Salz gebend. Die wässerige Lösung dieses Salzes war von eingreifendster Wirkung bei subcutaner Application. Eine dritte mit Salzsäure ein krystallinisches Salz darstellende Base gewann Verf. aus den Rückständen mittelst Amylalkohol. Letzteres Alkaloid ist von ungemein giftiger Wirkung, die der des Curare ähnlich. Ausser krampfhaften Zuständen und Coma wurde Dyspnöe und Tod durch Aufhören der Respiration beobachtet. Das dem gestorbenen Thiere entnommene Blut zeigt viel Zerfallskörperchen, ist aber subcutan injicirt andern Thieren unschädlich. Gleichgültig war die Applicationsweise, ob subcutan, intravasculär oder in den Magen gespritzt. Aus den nach der Behandlung mit Amylalkohol gewonnenen Rückständen wurde mittelst Chloroform ein Alkaloid dargestellt, welches als salzsaures Salz bei Fröschen Tetanus hervorrief. Zum Schluss erwähnt noch Verf., dass eine wässerige weinsaure Lösung der Fäulniss-Alkaloide bei grossen Kaninchen Tetanus hervorrufe. A—.

A. Batmanow (Gouv. Baku): Eine Epidemie croupöser Pneumonie im 84. Infanterie-Regiment «Schirwan». (Wratsch № 46. 1883.)

S. Karst (St. Petersburg): Zur Aetiologie der croupösen Pneumonie. (Med. Beilagen z. Marine-Journal, November. 1883. Russisch.)

Batmanow beobachtete in Kussari (Gouv. Baku), wo das genannte Regiment in äusserst verfallenen Kasernen eng placirt war, eine, wie er es nennt, nicht heftige Epidemie. Auffallend ist es jedenfalls, dass mit dem Augenblicke, wo das Regiment die Kasernen verliess, die Erkrankungen aufhörten.

Während 1882 von 1200 Mann des Regimentsbestandes nur 31 an Pneum. croupos. krank gelegen, stieg die Zahl 1883 vom Januar bis Mai auf 103 (und zwar Jan. — 2, Febr. — 25, März — 39, April — 26, Mai — 11). Die Rekruten erkrankten noch einmal so häufig, wie die alten Soldaten.

In der Hälfte der Fälle trat zu Ende eine Krisis auf. An Complicationen wurde am häufigsten Pleuritis beobachtet, bei 10,7 %. Ein Mal trat zur Pneumonie ein Gesichtserysipel hinzu. Dagegen trat 3mal Pneumonie bei schon vorhandenem Erysipel auf. Rechterseits war die Pn. in 52,4 %, linkerseits in 42,7 %. Bei 4,8 % fand doppelte Pn. statt.

Durchschnittlich verbrachten die Patienten 17,4 Tage im Lazareth. Bemerkenswerth ist, dass in derselben Zeit, wo die Zahl der Pneumonien zunahm, sich auch die Zahl der Erysipele vermehrte (v. Jan. bis Mai — 22).

Die *Behandlung der Pn.* war vorherrschend eine expectative. Die *Mortalität* betrug 12,6 %; vorherrschend starben die mit Pleuritis complicirten Fälle.

Karst hat seine Beobachtungen ebenfalls an Soldaten und zwar im Kalinkin-Marinehospital angestellt. Sein Material erstreckt sich auf 85 Fälle, davon kommen 50 auf 1882, 35 auf 1883 (Jan. bis Mai). Die *Mortalität* betrug circa 18 %. Rechtsseitig war die Pn. bei 49 %, linksseitig — 40 % und doppelseitig — 11 %. Die häufigere rechtsseitige Erkrankung erklärt Vf. sich dadurch, dass die meisten Menschen die Gewohnheit haben auf der rechten Seite zu liegen, die rechte Lunge daher weniger ventilirt wird.

Der *Ausgang* mit einer Krisis wurde 39mal notirt, in 22 Fällen Lysis. An Complicationen wäre zu bemerken: 7mal Pleuritis, Gangraena pulmonis 1mal, Erysipelas faciei 2mal, 5mal war gleichzeitig Typhus vorhanden, 1mal Intermittens.

Die *Behandlung*. Vom Standpuncte ausgehend, dass es sich um eine Infectionskrankheit handele, hielt Vf. sich an Chinin, Chlorwasser und Salicylsäure. P.

K. Bettelheim: Entstehung des 2. Tones in der Carotis. (Zeitsch. f. kl. Medicin B. VI. H. VI.)

Ueber die Entstehung des ersten Carotistones ist man allgemein einverstanden, dass derselbe durch Spannung entsteht, in welche die Arterienwand geräth, sobald das Blut aus der Kammer in die Arterienbahn geworfen wird. Was die Entstehung des 2. Tones anbetrifft, so gehen darüber die Meinungen auseinander. Einige, Skoda, Rosenstein, Guttmann, glauben er entstehe nur durch Fortleitung des 2. Aortentones und wollen das Zustandekommen desselben selbst bei Insuff. ost. Aortae durch Schwingungen einer noch zum Theil erhaltenen Klappe erklären. Weil dagegen zweifelt daran, dass der 2. Carotiston blos durch Fortleitung des 2. Aortentones entstehe und meint, dass der 2. Pulmonalton sich gleichfalls in die Carotis fortpflanzen kann; denn er beobachtete eine Verstärkung des 2. Carotistones bei Verstärkung des 2. Pulmonaltones. B. untersuchte eine ganze Reihe von Kranken genau auf das Verhältniss des 2. Carotistones zum 2. Pulmonalton und fand, dass der 2. Carotiston sehr häufig dem 2. Pulmonalton, was Timbre und Tiefe anbetrifft, gleich, sich dagegen vom Aortentone deutlich unterschied. Mitunter war er sogar lauter als der 2. Aorten- und 2. Pulmonalton jeder einzeln genommen, so dass er nur durch gemeinsame Fortleitung beider Töne entstanden gedacht werden konnte.

Aus diesen und ähnlichen Fällen zieht Verf. den Schluss, dass die Weil'sche Hypothese von der Betheiligung des 2. Pulmonaltons an der Entstehung des 2. Carotistones richtig sei. Auf diese Weise lässt sich auch der 2. Carotiston bei Insuff. der Aorta ungezwungen erklären. L—n.

A. Korkunow: Ueber den Einfluss verschiedener Umstände auf die Ausscheidung des Eiweisses bei Nephritis. (Wratsch № 46. 1883).

Vf. stellte auf der Klinik des Prof. Manasseïn an 8 Patienten mit Nephritis Beobachtungen an über die Ausscheidung von Eiweiss, wobei er zu ergründen suchte welchen Einfluss die Tageszeit, Ruhe und Bewegung auf die Ausscheidung ausüben. Er kam dabei zu folgenden Resultaten:

In allen Fällen war bei Bewegung (vermehrtes Umhergehen der Patienten) die absolute Eiweissmenge im Harn vermehrt. Durch ruhiges Liegen wurde die Eiweissquantität vermindert. Ferner fand er dass, unbeeinflusst von Bewegung und Ruhe, die absolute Eiweissmenge des Harnes am Tage grösser ist, als in der Nacht. Im Allgemeinen finden jedoch überhaupt, abgesehen von den genannten Umständen, häufige Schwankungen der Eiweissausscheidung statt und meint Vf. dieselbe werde durch verschiedene andere Umstände, wie Gemüthszustand, Stärke des Schlafes, reichliches Rauchen etc. beeinflusst.

Immerhin geben die Beobachtungen des Vf. eine Erklärung für das bekannte Factum, dass bei Nephritikern sofort nach Eintritt ins Hospital (also Ruhe!) die Eiweissmenge im Harn stetig abnimmt, sich in Folge dessen ihr Zustand bessert, wenn die Behandlung auch eine indifferente. P.

Neisser: Ueber das «Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Liodermia essentialis cum Melanosi et Telangiectasia». (Referirt von Ponfick in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift № 20. 1883).

In dem sehr ausführlichen Referat giebt Ponfick zuerst die Krankengeschichte des von Neisser beobachteten Falles, aus der hervorgeht, dass derselbe alle Merkmale aufweist, die von Kaposi, der zuerst 1870 die obengenannte Krankheitsform ausführlich beschrieb, als Characteristica für dieselbe angegeben werden. Dieselben bestehen in einer eigenthümlichen Atrophie der Haut, auffallenden Pigmentverschiebungen an Hautpartien, die beständig den Einflüssen von Licht und Luft ausgesetzt sind, also besonders an Gesicht, Händen und Unterarmen, und in ungewöhnlich frühzeitig auftretenden Hautcarcinomen. Daran schliesst sich eine Zusammenstellung sämmtlicher, bisher beobachteter, analoger Fälle (in Allem 27), die mit Sicherheit ein gewisses «Angeborensein» erkennen lassen, da fast ausnahmlos der Beginn der Krankheit ins früheste Kindesalter (erstes und zweites Lebensjahr) fällt. Ferner spricht dafür auch die Beobachtung, dass gewöhnlich in einer Familie mehrere Kinder, aber immer nur die eines Geschlechts betroffen zu werden pflegen, während die des anderen frei bleiben. — Nach einer ausführlichen Schilderung der pathologisch-anatomischen Veränderungen im Epithel und Bindegewebe kommt P. zum Schluss, dass es sich bei der genannten Hauterkrankung um ein bereits aus dem Embryonalleben stammendes, unrichtiges Verhältniss zwischen den beiden hautbildenden Elementen, Epithel und Bindegewebe, handeln müsse. Zum Schluss schlägt Ref. dann noch vor, den von Kaposi gewählten Namen «Xeroderma pigmentosum», als dem Wesen der Krankheit nicht genügend entsprechend, fallen zu lassen, und an Stelle desselben «Liodermia cum Melanosi et Telangiectasia» zu setzen, da es sich nicht um eine auffallende Trockenheit, wohl aber um eine excessive Verdünnung der Haut handle. S.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. E. Feoktistow: Bindegewebstuberculose als selbständige primäre Erkrankungsform. 8° 68 S. mit einer Tafel. St. Petersburg 1883.

Im Verlaufe dreier Sommer, 1880, 1881 und 1882 hat Verf. im Moskauschen Gouvernement, im Klin'schen Kreise, chirurgische Praxis ausgeübt. Von den 2500 chirurgischen Kranken litten, nach Abzug von 300 traumatischen Verletzungen, 42 % an Tuberculose der Gelenke, Knochen und Drüsen, 7 % an Rhachitis und 10 % an Scrophulosis. In der therapeutischen Ambulanz war in derselben Zeit

allgemeine Scrophulose mit 4%, Lungenschwindsucht mit 5% und Syphilis mit 10% vertreten. Bei diesen Zahlen fällt das grosse Contingent auf, welches die Tuberculose äusserer Organe repräsentirt, unwillkürlich erhält man die Vorstellung, dass die in Rede stehende Gegend besonders geeignet ist zur Entwickelung dieser Krankheitsformen. Im Laufe der beiden letzten Sommer hat nun Verf. eine Reihe von 27 Erkrankungsfällen beobachtet, welche er als primäre selbständige Bindegewebstuberculose anspricht. Die Fälle werden genau mitgetheilt, bei den meisten schliesst sich an die Anamnese und den Stat. praes. noch die Operation und die mikroskopische Untersuchung, durch welche festgestellt wird, dass es sich in der That um nichts anderes handelt, als um eine tuberculöse Erkrankung. Bidder hat 1882 über einige Fälle «parasynovialer scrophulöser Abscesse am Kniegelenk» berichtet, doch sind es nur wenige Beobachtungen, noch weniger Operationen und es sind keine pathologisch-anatomischen Untersuchungen angestellt worden. Verf. gebührt somit das Verdienst, als Erster die primäre Tuberculose des Bindegewebes, unabhängig von Knochen und Gelenken, genau beschrieben zu haben. Dem Werthe der Arbeit hätte es keinen Eintrag gethan, wenn Verf. einige Fälle, die angezweifelt werden können, fortgelassen hätte, andererseits hätte er den Werth der Arbeit noch bedeutend gehoben, wenn er, wenigstens für seine beiden letzten Beobachtungen, noch den Nachweis der Tuberkelbacillen geliefert hätte. Bis Ende September 1882 war er mit diesen beiden letzten Beobachtungen beschäftigt, und im Sommer desselben Jahres war bereits die Koch'sche Entdeckung veröffentlicht und somit Gemeingut der wissenschaftlichen Welt geworden. Verf. hat die Pflicht, bei seiner nächsten diesem Gegenstande gewidmeten Veröffentlichung auch in dieser Hinsicht die Diagnose absolut zu sichern. In zwei Formen hat Verf. die Tuberculose des Bindegewebes beobachtet, in einer chronischen und einer acuten; letztere hat oft sehr acuten Charakter. Erstere ist die häufigere. Die Entstehung dieses Leidens führt Verf. immer auf ein Trauma mit nachfolgendem, wenn auch sehr geringem Erguss Tuberkelbacillen enthaltenden Blutes zurück. Dieser Gehalt an Tuberkelbacillen, welche in frei circulirendem Blut unschädlich sind, kann nach Ansicht des Verf. temporär bei sonst gesunden Individuen vorkommen, und eigenthümlicher Weise sind die meisten der von Bindegewebstuberculose befallenen Kranken robuste, sonst gesunde, nicht belastete Leute. Die Darstellung ist klar, die ganze Arbeit liest sich leicht trotz einiger unnöthiger Längen und Weitschweifigkeiten. Eine deutsche Uebersetzung ist in Vorbereitung. S—t.

E. Kraepelin (Leipzig): Compendium der Psychiatrie. Leipzig, Verlag von Ambr. Abel, 1883.

Dieses, wie so manches andere jürgst erschienene Werk legt Zeugniss dafür ab, dass in der Psychiatrie ein reges Leben und Arbeiten erwacht ist. In klarem, bündigem, prägnantem Styl entrollt der Verf. in dem knappen Umfang von 377 Seiten ein Bild von dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie. Wenn es auch nicht möglich ist wiederum einen wesentlichen Fortschritt oder Reformen in den Anschauungen darzubieten, kleine Modificationen finden sich doch in dieser neuen Bearbeitung. Dahin rechne ich unter Anderem die Sonderung der Melancholia simplex von der Melancholie mit Wahnideen, die in verschiedenen Capiteln behandelt werden. Freilich soll letztere auch bei Kraepelin nur eine höhere pathologische Entwickelungsstufe von ersterer sein; soll sich dagegen von der primären Verrücktheit radical unterscheiden. Die Katatonie, die Verf. unter der Bezeichnung Stupor abhandelt, rechnet er weder zur Melancholie mit Wahnideen, wie es meist geschieht, noch zur Verrücktheit, wie es auch geschehen; sondern stellt sie als etwas Selbständiges hin, wie Kahlbaum gethan. Die Perioden der Aufregung, welche sich an die Erstarrung anschliessen, werden nicht erwähnt. Im Capitel über Manie folgt der Verf. am meisten Mendel. Diese Andeutungen mögen genügen, um die Stellung des Autors zu kennzeichnen. Th. Tiling.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ad. Strümpell: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten Bd. I. — Ins Russische übersetzt unter der Redaction von W. Scherwinski. — B. Kostylew und N. Saweljew. — Moskau, 1884.

— Festschrift der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — Mit 18 Holzschnitten und 4 Tafeln. J. C. B. Mohr. — Freiburg und Tübingen, 1883.

— Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde herausgegeben von A. Eulenburg. — Bd. XIV und XV. Urban und Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1883.

— Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde von H. v. Hebra. — Mit 35 Holzschnitten. Fr. Wreden, Braunschweig, 1884.

— Wegweiser zu klimatischen Kuren von L. Miniat. — M. Fiala, Bern 1883.

— Ueber den Einfluss des Hungerns auf die Nervencentra von P. Rosenbach. — Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg, 1883.

— Zeitschrift für Therapie № 24.

— Ueber die Hernia properitonäalis von A. Wagner. — Inaug.-Diss. Dorpat, 1883.

— Ein Beitrag zur Laparotomie bei Darminvaginationen von S. Beklewski. — Inaug.-Diss. — Dorpat, 1883.

— Revista medico-quirurgica № 15.

— Anales del circulo medico Argentino № 3.

— La clinica de Malaga № 45.

— La France médicale № 68—75.

— La gaceta de sanidad militar № 215.

— El ensayo medico № 8.

— Wiener Klinik № 12: Ueber Harnblasensteine von J. Kowacs. Urban und Schwarzenberg, Wien 1883.

— P. Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie, ins Russische übersetzt unter der Redaction und mit Anmerkungen versehen von A. Tauber. — VI. Lief. — C. Ricker, St. Petersburg. 1883.

— Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von H. Eichhorst. — Ins Russische übersetzt von N. Krusenstern. — 7. Lief. — C. Ricker. St. Petersburg, 1883.

— The medical bulletin № 12.

— W. Zopf: Die Spaltpilze. (Russ.) Aus dem Deutschen übers. und wesentlich vervollständigt von Chr. Gobi und P. Kostytschew. — C. Ricker nnd A. Devrient. — St. Petersburg 1884.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 1. November 1883.

Dr. Petersen hat das Krankenmaterial des Alexander-Hospitals der letzten 5 Jahre auf Tetanus hin durchgesehen, und darunter 8 Fälle von Tetanus (5 Fälle von Tetanus traumaticus und 3 Fälle von Tetanus rheumaticus) gefunden, und zwar kamen:

1879	2 Fälle
1880	3 Fälle,
1881	kein Fall,
1882	2 Fälle, und
1883	1 Fall zur Beobachtung. —

Nach den Jahreszeiten vertheilen sich diese Fälle so, dass im Juni 4 Fälle, im Juli 1 Fall, im September 1 Fall und im October 2 Fälle zur Aufnahme kamen.

Der Tod trat ein in 7 Fällen, und zwar zwischen dem 1. und 13. Tage nach der Erkrankung. Der eine Fall von Tetanus rheumaticus wurde geheilt. Es handelte sich dabei um einen 24jährigen Arbeiter, der angeblich erkrankte, nachdem er längere Zeit auf feuchtem Grase geschlafen hatte. Die Genesung erfolgte in 2 Wochen unter Darreichung von Chloral c. ʒj pro die und warmen Bädern. — Die Section der 7 letal verlaufenen Fälle ergab negativen Befund.

Weiterhin referirt Dr. Petersen über die während des amerikanischen Bürgerkrieges 1861—65 vorgekommenen, in dem jüngst erschienenen Werke, der medicinischen Geschichte dieses Krieges zusammengestellten Fälle von Tetanus.

Unter 246,712 Verwundungen kam es in 505 Fällen zu Tetanus. (2 ‰), und zwar bei Verletzungen des Kopfes und Halses 21 Mal,

bei Verletzungen	des Stammes	55 Mal
« «	der oberen Extremität. . .	137 «
« «	der unteren « . .	292 «

131 Mal folgte Tetanus operativen Eingriffen.

116 Mal trat er auf nach Amputationen.

15 Mal nach Resectionen.

Von den 505 Fällen starben 89,3 %, nur 54 Patienten genasen.

Je später nach stattgefundener Verwundung der Tetanus sich einstellte, um so mehr war Aussicht auf einen günstigen Ausgang vorhanden, desgleichen wenn der Verlauf des Tetanus ein sehr protrahirter war.

In den Fällen wo Tetanus nach Operationen auftrat, kam er meist in den ersten 14. Tagen zur Entwickelung, nicht ganz selten jedoch auch erst am 30. Tage. Tritt der Tetanus nicht gleich am ersten Tage nach der Verletzung auf, so kommt er häufiger erst nach dem 5. Tage, am häufigsten bis zum 12. Tage zum Ausbruch.

Die Dauer des Tetanus (die diesbezüglichen Notizen betreffen 358 Fälle) betrug meist 1—6 Tage; Heilung trat meist nach dem 20.—29. Krankheitstage ein.

Die Therapie betreffend, so wurde eine sehr grosse Reihe von Mitteln in Anwendung gebracht, am günstigsten wirkten «Chloral, Morphium und Alcohol. Während des russisch-türkischen Krieges von 1877/78 ist bei der Donauarmee, so weit bis jetzt bekannt, nur wenig Tetanus beobachtet worden.

Dr. Ebermann erwähnt einer Arbeit von Monastyrski in welcher der Verfasser von mikroskopischen Blutextravasaten spricht, die er in den zum verletzten Körpertheil hinziehenden grossen Nervenstämmen an Tetanus Verstorbener gefunden hat. Dr. Ebermann hat die mikroskopischen Präparate gesehen, desgleichen Dr. Frankenhäuser.

Dr. Selenski glaubt hervorheben zu müssen, dass die besagten mikroskopischen Blutextravasate, welche beim Strychnintetanus fehlen eher als eine Folge denn als Ursache des Tetanus aufzufassen seien.

Dr. Ebermann erklärt sich direct gegen eine derartige Auffassung, weil ja die beobachteten Extravasate immer *nur* in den zur verletzten Stelle hinziehenden Nervenstämmen gefunden worden sind.

Dr. de la Croix trägt der Gesellschaft einen Fall von Porencephalie vor, welchen er in Dorpat als Assistent des pathologischen Instituts bei der Section eines an Basilarmeningitis verstorbenen Mädchens von 17 Jahren unerwarteter Weise angetroffen. Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Böttcher ist er in den Stand gesetzt, das in die Sammlung des Dorpater pathologischen Institutes eingereihte Hirnpräparat selbst nebst zugehörigem asymmetrischem, stark verdünntem Schädeldache der Gesellschaft vorzulegen.

Der Defect betrifft den grössten Theil der medialen Fläche der rechten Grosshirnhemisphäre und einen Theil des oberen rechten Seitenläppchens, wo er an der Convexität der Hemisphäre zu Tage tritt. Nach unten eröffnet er sich nach Verdünnung des Balkens in den stark erweiterten rechten Seitenventrikel, speciell in das Vorderhorn desselben. Er war mit klarer, seröser Flüssigkeit erfüllt, nach aussen nur von der leicht verdickten Arachnoidea bedeckt, während die Pia an dem Rande des Defectes mit einem scharfen Saume endete und die blossgelegten Markmassen des Defectes von einer gefässreichen Bindegewebsmembran ausgekleidet waren, welche direct in das verdickte und gefässreiche Ependym des Seitenventrikels überging. Der Defect ist an der medialen Fläche der Hemisphäre 14,5 Cm. lang und greift fast durchgängig 1,7 Cm. lateralwärts in die Tiefe. Er betrifft den grössten Theil des Bogenwulstes, die gesammten Vorzwickel und einen grossen Theil der medialen Fläche der ersten Stirnwindung, so dass von letzterer nach vorne und oben zu nur ein 1,2 Cm. breiter Wulst erhalten ist. Dagegen überragt die vollständig erhalten gebliebene Uebergangswindung beider Centralwindungen diesen Wulst an der medialen Fläche um ein Bedeutendes, während der Defect gleich hinter der ersteren im Bereiche des oberen Seitenläppchens, wie schon gesagt, an der Hemisphärenconvexität zu Tage tritt.

Der Fall ist in mehr als einer Beziehung interessant. Erstens weil der Defect in seinen vordersten Abschnitten die Merkmale einer angeborenen Porencephalie trägt (radiär zum Ventrikel gerichtete Furchen der in den Boden des Defectes hinabsteigenden Windungen), am hinteren Ende jedoch diejenigen einer im späteren Lebensalter erworbenen (scharf zugespitzter Saum der an der Oberfläche des Defectes abgebrochen endigenden Gyri). Zweitens hatte der Defect ausser einer geringen Verkürzung der gegenüberliegenden Extremitäten keine Symptome während des Lebens hervorgerufen, während bei den bisher beobachteten und noch vor Kurzem von Kundrat zusammengestellten Proencephalien angeborener Blödsinn, Lähmungen und Contracturen zu der Regel gehörten. Ferner ist der Sitz des ausgebreiteten Defectes an der medialen Fläche der Hemisphäre im Bereiche der Arteria cerebri anterior ein ausnahmsweiser, da in 29 von den bisher veröffentlichten 43 Fällen der Defect im Bereiche der Art. cerebri media und nur in 3 Fällen, und zwar sehr wenig hochgradigen, im Bereiche der erstgenannten Arterie sich befand.

Nachdem Dr. de la Croix noch daran erinnert, wie wenig die von Ferrier angestellten Reizungen des lebenden Affen- und Kaninchenhirnes zu einer Localisation des motorischen Rindengebietes an der medialen Fläche der Hemisphären beigetragen, und wie nach Ansicht der maassgebendsten Autoren die pathologische Anatomie viel mehr im Stande ist, Licht in diese Frage zu bringen, zieht er eine Reihe einschlägiger pathologischer Befunde aus der Literatur heran. Unter Zugrundelegung des von ihm mitgetheilten Falles kommt er dann zu dem Schlusse, dass nur die im vorliegenden Falle vollständig erhalten gebliebene Uebergangswindung der vorderen zu der hinteren Centralwindung an der medialen Fläche des Grosshirnes motorische Centren besitzt, und schreibt den zerstörten Rindenpartien an der medialen Fläche höchstens trophische Eigenschaften zu, da die andersseitigen Extremitäten sowohl im Wachsthume als in der Entwickelung zurückgeblieben waren.

Secretair Dr. Lange.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 25. April 1883.

1). Dr. Wulff berichtet zu dem im vorigen Protokoll mitgetheilten Fall von Volvulus, dass die Pneumonie in langsamer Resolution sei; Durchfall dauert fort; nach heftigem Hustenanfall trat eines Abends bedeutender Vorfall des Leistenbruches ein, unter Chloroform gelang die Reposition mit Leichtigkeit. (Nachtrag: Patient ist schliesslich vollkommen genesen.)

2) Dr. Lingen berichtet aus dem Maria-Magdalenahospital, dass die Anzahl der Pneumonien eine auffallend grosse sei; augenblicklich sind 18 Pneumonien auf 230 Kranke vorhanden. 2 Fälle ausgesprochener Cholera nostras kamen zur Aufnahme, beide in choleriformem Zustande: Beide waren Säufer, einer starb nach kaum 24 Stunden Dauer der Krankheit. Am 16. April wurden zwei Frauenzimmer mit den Symptomen einer Arsenikvergiftung aufgenommen. Sie hatten gemeinsam am Morgen von einem Kissel gegessen, die Eine hatte 4, die Andere gegen 6 Löffel voll verschluckt. Unmittelbar danach Schmerz, heftiges Erbrechen. Der hinzugerufene Arzt fand in der Tischschublade ein Päckchen mit weisslichem Salz, welches als Rattengift bezeichnet wurde, Erhitzen desselben verbreitete Knoblauchgeruch; es wurde Eisenhydrat ordinirt. Am Abend Aufnahme in's Hospital in sehr collabirtem Zustande. Der Bauch war eingesunken und auffälliger Weise gar nicht druckempfindlich. Diarrhoe trat erst am nächsten Tage ein, Erbrechen dauerte 2 Tage. Allmälige Besserung, so dass die Patientinnen am 8. resp. 9. Tage das Hospital genesen verlassen konnten.

Ferner theilt Dr. Lingen einen Fall von Morphiumvergiftung mit. Ein Arbeiter in der Poehl'schen Apotheke wurde vor 4 Tagen morgens früh bewusstlos schnarchend im Closet gefunden. Ein Knabe hatte ihn kurz vorher ein grosses Pulver in Wasser lösen und austrinken gesehn. Bei dringendem Verdacht auf Morphiumintoxication wurde subcutan 1/6 Gran Atropin applicirt, kalte Uebergiessungen gemacht. Nach ca. 5 Stunden Aufnahme in's Hospital. Patient respirirte oberflächlich, aussetzend, totale Bewusstlosigkeit, Pupillen ad maximum dilatirt. Nach einer Stunde künstlicher Respiration tiefere spontane Inspirationen. Puls 120. Der Versuchs, die Schlundsonde einzuführen, misslang. Kalte Uebergiessungen, Moschus subcutan, starker Kaffe per rectum, stundenlange Fortsetzung künstlicher Respiration. Um 5 Uhr Nachmittags konnte dem Patienten Kaffe per os eingeflösst werden, er sprach unzusammenhängende Worte. Dabei wurde aber der Puls kleiner, 134. Um Mitternacht erfolgte der Tod. Das Resultat der gerichtlichen Section steht noch aus.

3) Dr. Herrmann theilt folgende Krankengeschichte mit: Am Morgen des 16. April wurde in's Obuchow-Hospital ein 23jähriger Juwelier aufgenommen wegen chemischer Verbrennung der Mund- und Rachenhöhle wie auch des Oesophagus. Patient hatte Tags zuvor am späten Abend in trunkenem Zustande einen grossen Schluck Königswasser genommen und, wie er behauptet, gleich ausgespieen. Darnach erfolgte reichliches blutiges Erbrechen. Bei der Aufnahme ist der Status praesens: Starke Aetzung der Lippen, Wangen, des Gaumens und besonders der Uvula und hinteren Rachenwand. Die Schleimhaut theils blutig, theils mit gelben Fetzen von Epithel bedeckt, das Sprechen schwer, Stimme heiser. Schlucken unmöglich, grosser Durst. Im Hospital 2 Mal blutiges Schleimbrechen, beständiges Würgen, Schmerz und Brennen im Verlaufe der Speiseröhre bis zum Magen herab. Kein Stuhl, Haut kühl, Puls 78. Kopf etwas benommen, allgemeine Schwäche. Am 2. Krankheitstage keine Veränderung, Urin frei, kein Stuhl, Puls 114. Am 3. Tage nach Clysma Stuhl ohne Blutbeimischung. Langsam fortschreitende Besserung, die todten Fetzen der Schleimhaut und das Epithel werden abgestossen, doch das Schlucken bleibt schwer und kann nur in kleinen Mengen und in Absätzen ausgeführt werden, wobei ein Theil immer regurgitirt und zum Theil durch die Nase entleert wird. Schmerzen und Brennen im Oesophagus dauern fort, besonders im untern Abschnitt desselben. Gestern Morgen, am 9. Krankheitstage, hatte Patient wieder einen Anfall starken Würgens, es kam zum Erbrechen, wobei das hier vorgelegte Präparat per os entleert wurde. Seit diesem Moment auffallende Besserung des Schluckens, es werden grössere Quantitäten ununterbrochen hinuntergebracht. Das demonstrirte Präparat stellt einen häutigen Cylinder von 32 Centimeter Länge dar, der sich an dem Ende in 2 Fetzen von je 7 Ctm. Länge theilt; es ist die ganze Länge des Oesophagus repräsentirt und besteht aus dessen Mucosa in toto. Die genaue anatomische Untersuchung des Präparates steht bevor.

4) Dr. Froben hat vor 14 Tagen einen Fall von Cholera nostras an einer Dame beobachtet. Sie war durch 12 Stunden vollkommen livid, heiser, hatte Reiswasserstühle, Erbrechen, Krämpfe der Extremitäten. Anurie. Der Ausgang war Genesung.

5) Dr. Magawly zeigt das Präparat einer Cataracta nigra; er hat die Linse vor 12 Tagen einer alten Dame extrahirt. Da die Färbung der Linse durch Haematin erfolgt, müsste diese Form des Staars eigentlich Cataracta haemorrhagica heissen. Ihr Vorkommen ist sehr selten, während der 24jährigen Thätigkeit am hiesigen Augenhospital bei wenigstens 2000 Fällen von Cataracta, hat Dr. Magawly nur 2 Fälle der Cataracta nigra gesehn. In diesem Fall ist die Cataract von grauer Corticalschicht umgeben, so dass die gewöhnliche Erscheinung des grauen Staars geboten wurde; erst bei Auslösen der Linse erwies sich dieselbe schwarz.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Die IX. Versammlung der Aerzte Finnlands.

In №№ 37—41, 1883, des «Wratsch» finden wir eine interessante Correspondenz von M. Buch, deren Hauptinhalt wir hiermit wiedergeben, da trotz der nahen Nachbarschaft, die meisten unserer Collegen wohl leider wenig mit den medicinischen Verhältnissen Finnlands bekannt sind.

Sämmtliche Aerzte Finnlands bilden eine Gesellschaft, deren Abtheilung in Helsingfors alle 2 Wochen eine Sitzung abhält, während die «allgemeinen Versammlungen» 2 Mal jährlich stattfinden. Im Ganzen sollen in Finnland nur *162 Aerzte* sein, von denen zu der IX. Versammlung (vom 1.—3. September) 63 (darunter 1 weiblicher) erschienen waren, Rechtzeitig waren mehrere Fragen zur

Besprechung vorbereitet und gedruckte Referate über dieselben den Mitgliedern zugesandt.

Es präsidirte Docent Dr. Schultén, der auch das Referat über die *1. Frage*: «Ist die Studienzeit für die Mediciner zu verkürzen und soll eine praktischere Richtung eingeschlagen werden?» lieferte. Aus dem Ref. Sch's geht hervor, dass um in Helsingfors Medicin zu studiren zuerst das Diplom als Candidat der Naturwissenschaften vorgewiesen werden muss. Daher dauert das Studium der Mediciner durchschnittlich c. *11½ Jahr* (!), davon kommen 4½ Jahre allein auf's Studium der Naturwissenschaften. — Die Versammlung beschloss die Regierung um Aufhebung der Bestimmung bezüglich des Candidaten-Diploms und um Verkürzung der Studienzeit zu bitten.

2. Frage: «Unter welchen Umständen ist ein Arzt als zu Finnland gehörig anzusehen und ihm, falls er kein Diplom der Helsingforser Facultät besitzt, die Praxis zu gestatten?» Referent Prof. Runeberg. Bisher existirte das Gesetz, dass jeder auswärtige Arzt, sobald er das «*Colloquium familiare*», welches sich ausschliesslich auf die praktischen Fächer bezieht, bestanden, das Recht der Praxis erhält. Hervorragende Aerzte können auf Vorstellung der Medicinalverwaltung durch den *Grossfürsten* vom Examen befreit werden. Gesetze über Bestrafung von Charlatans existiren nicht.

Die Versammlung fasste folgende *Beschlüsse*:

a) Das unbeschränkte Recht der Praxis und des Eintrittes in officielle Aemter sollen nur die ein Diplom der Landesuniversität besitzenden Aerzte haben, oder solche auswärtige (also auch russische) Aerzte, denen durch den Grossfürsten (Se. Kaiserl. Majestät) für besondere Verdienste das Recht gegeben wird.

b) Das Recht der freien Praxis kann auswärtigen Aerzten durch die Medicinalverwaltung verliehen werden, mit oder ohne Colloquium. In Landesdienst zu treten sind diese Aerzte dadurch jedoch noch nicht berechtigt.

c) Das Recht der Praxis auf einzelnen, begrenzten Gebieten der Medicin kann auch solchen Leuten durch die Medicinalverwaltung verliehen werden, die kein Arztdiplom besitzen, aber ihre Befähigung nachgewiesen haben. Dieses bezieht sich auf medicinische Gymnastik, Massage und dergl.

d) Personen die sich widerrechtlich für Geld mit Praxis beschäftigen, unterliegen Strafen.

3. Frage: «In welcher Weise lassen sich am praktischsten Dorfhospitäler anlegen und organisiren?» Dabei hatte man die in Schweden existirenden Dorfhospitäler zu 6—8 Betten im Auge. Die Versammlung kam zu folgender Ansicht:

a) Die Dorfgemeinden haben sie nach einem bestimmten Plan zu bauen und für ihren Unterhalt zu sorgen.

b) Die Regierung giebt pro Bett zur Einrichtung einmalig und für den Unterhalt jährlich eine bestimmte Summe.

Den *2. September* fanden wissenschaftliche Mittheilungen statt. So demonstrirte Dr. Quist seine Präparate cultivirter Vaccine, Homén sprach über die praktische Bedeutung der Koch'schen Tubercelbacillen, Schultén zeigte die neuesten Verbandmittel vor, Sporf besprach die neueren Systeme der Städtereinigung etc.

Dr. Nordmann demonstrirte «einen Fall von Morgagni'schem Cataract».

Nachmittags schritt man zur Besprechung der *4. Frage*: «Ist obligatorische Fleischschau in den Städten zweckentsprechend?» Referent Dr. Holemberg. Nach längerer Debatte kam die Versammlung zum Schluss, dass eine obligatorische Fleischschau in Finnland praktisch nicht durchführbar sei, sie sei wo irgend möglich anzuwenden, nebst gleichzeitiger Controle der Schlachthöfe, wo solche existiren. Man müsse um ein Gesetz petitioniren, welches den Verkauf schädlichen Fleisches strafe.

Am *3. September* wurde die *5. Frage*: «Kann man im Falle eines Krieges darauf rechnen, dass die finnländische Armee genügend Aerzte haben werde und welche Mittel sind zu ergreifen, damit dieselben die für den modernen Militairarzt nöthigen Kenntnisse besitzen?» Referent Dr. Krohn wies darauf hin, dass die durch Einführung der Wehrpflicht nothwendig gewordene Reorganisation der Armee vollendet, ausgenommen den Sanitätsdienst, und plaidirt für eine *einheitliche Organisation* mit Aerzten an der Spitze und referirt über die traurigen Folgen des Dualismus im Sanitätsdienst. Wenn man, wie in Frankreich 1 Arzt pro 300 Mann rechnet, so hat die Armee (18,000 Mann) 60 Aerzte nöthig. Gegenwärtig existiren nur 9 Bataillonsärzte. Von den 162 Aerzten Finnlands sind 119 durch Dienstpflichten an ihren Aufenthaltsort gebunden.

Die Versammlung spricht die Ansicht aus, dass

a) 9—10 5jährige Stipendien für Aerzte und Studenten des letzten Cursus gestiftet werden, die sich dafür bis zu ihrem 40. Jahre verpflichten, im Falle eines Krieges Militairärzte zu werden.

b) Diese Aerzte müssten besondere Vorlesungen der Militairhygiene hören und sich wiederholt praktisch mit dem niederen Sanitätspersonal bekannt machen.

c) Die Studenten der Medicin müssten nur 3—6 Monate Frontedienst leisten und die übrige Zeit ihrer Dienstpflicht dem Sanitätspersonal zucommandirt werden.

Dr. Wahlberg, Arzt des Finnländischen Garde Schützen-Bataillons schlägt vor, um Gründung eines Lehrstuhles der Hygiene mit Berücksichtigung des Militair-Sanitätswesens zu petitioniren.

6. Frage: «Ist die bestehende Form der Morbilitätsstatistik genügend und falls nicht, welche Veränderungen wären vorzunehmen?» Der Beschluss wurde bis zur nächsten Versammlung aufgeschoben, um die neu projectirten Tabellen gründlicher kennen zu lernen.

7. Frage: «Ist nicht ein Gesetz wünschenswerth, welches den Richter bei Fragen bezüglich der Zurechnungsfähigkeit verpflichtet, dem darüber urtheilenden Arzte alle Untersuchungsacten vorzulegen?» Referent Dr. Palmberg bemerkte, dass dieses meist von den Richtern in Finnland unterlassen wird und dadurch weitläufige Schreibereien entstehen. Die Versammlung spricht sich für eine derartige Petition aus.

Ausser diesen programmgemässen Fragen, wurden noch folgende aufgeworfen.

a) «Kann man nicht ohne zu grosse Ausgaben wirksamere Maassregeln zur Bekämpfung der epidemischen Krankheiten in Finnland ergreifen?» (Dr. Relander). Es wird beschlossen diese Frage der Commission zu übergeben, die eine Vorlage für die nächste Versammlung ausarbeiten solle.

b) «Welches System soll der geplanten Reform der Apothekenfrage in Finnland zu Grunde gelegt werden; das System der Privilegien oder der freien Concurrenz?» Referent Dr. Piispanen. In einem längeren Referat führt P. an, dass der Apotheker nicht nur Kaufmann, sondern auch ein Vertreter der Wissenschaft sei und letztere müsse entschieden leiden, wenn durch freie Concurrenz die materielle Frage zu sehr in den Vordergrund trete. Ferner würden sich die Apotheker beim System der freien Concurrenz alle in die Städte ziehen und das flache Land, wo materieller Gewinn unsichrer, würde zu wenig Apotheken behalten. Als Opponent und Gegner der Privilegien trat Dr. Björkstén auf, der darauf hinwies, dass in Finnland 2 Arten Privilegien existiren, persönliche und erbliche. B. meint, ein Apotheker sei nur ein «Kaufmann, der mit medicinischen Artikeln handele». Jedenfalls würden die Medicinen bei freier Concurrenz «billiger» werden. Der Uebergang vom System der Privilegien zu dem der freien Concurrenz müsse ein allmäliger sein, im Laufe von 25—50 Jahren, und nur für diese Zeit, sei noch die Maximaltaxe beizubehalten, dann aber müsse sie aufgehoben werden.

Die Versammlung sprach sich *für* das System der freien Concurrenz aus.

Der Zahnarzt Weber proponirte *die Einführung eines Gesetzes, welches von den Zahnärzten die Ablegung eines Examen verlange*. Die Versammlung beschliesst darum zu petitioniren.

Zum Schluss wurde auf Vorschlag von Dr. Oehmann beschlossen einem Instrumentenmacher ein Stipendium auszusetzen, damit er im Auslande sein Gewerbe erlerne und sich darauf verpflichte sich in Helsingfors niederzulassen, wo bisher ein tüchtiger Instrumentenmacher fehle.

Aus dieser Uebersicht ersieht man in welch praktischer Weise die finnländischen Collegen ihre Versammlungen verwerthen, zugleich erhält man einen interessanten Einblick in die medicinischen Verhältnisse Finnlands. In Zukunft hoffen wir öfters medicinische Berichte aus Finnland bringen zu können. P.

Eingesandt.

In № 49 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift vom Jahre 1883 unter Mittheilungen über neue Arzneimittel von Apotheker Dr. A. Poehl, mit der Ueberschrift «Pflaster, angeblich nach Dr. Unna» macht Herr Poehl darauf aufmerksam, dass die in Rede stehenden Pflaster den allgemeinen Charakter der längst bekannten amerikanischen Kautschukpflaster besitzen, und ich angeblich unter Dr. Unna's Namen, irrationelle Pflaster in den Gebrauch bringe, und auf die Schädlichkeit derselben hinweist, ferner dass Dr. Unna statt der Pflaster eine Gelatinmasse in Vorschlag bringt.

Bevor Herr Apotheker Dr. Poehl an die Veröffentlichung seines Artikels geschritten, hätte er sich überzeugen müssen, dass die Unna'schen Pflaster mit den amerikanischen Pflastern nichts gemein haben, wovon sich Jeder überzeugen kann. Die Unna'schen Pflaster werden auf einen eigens dazu präparirten Stoff gestrichen, der die kranke Stelle hermetisch schliesst, und ist die Masse auch vollständig verschieden. Auf Wunsch einiger hiesigen Dermatologen habe ich im vorigen Jahre von Apotheker Dr. Beyersdorff, der allein mit Anfertigung der Unna'schen Pflaster betraut worden, zum Versuch dieselben kommen lassen. Da Pflaster aus dem Auslande zur Einfuhr verboten sind, so wurde mir eine einmalige Erlaubniss zur Einfuhr genannter Pflaster zu Versuchszwecken gestattet. Nachdem die Herren Dermatologen günstige Resultate mit denselben erzielt hatten, wurde ich aufgefordert sie darzustellen, was mir endlich nach eingehenden Versuchen auch gelang und habe ich mich genau an die von Dr. Unna angegebene Vorschrift gehalten, wovon sich Jeder überzeugen kann, da das Verzeichniss zur Einsichtnahme zur Disposition steht[1]. Die Dermatologen wenden

[1]) Wir haben Einsicht genommen in die von Herrn Beyersdorff übersandten Receptformeln und uns davon überzeugt, dass sich dieselben mit den von Herrn Bergholz veröffentlichten in völliger Uebereinstimmung befinden. Red.

die Pflaster nach wie vor an, und wahrscheinlich erzielen dieselben damit günstige Resultate. Bis jetzt war es nicht Sache der Apotheker, über die Schädlichkeit oder Nützlichkeit eines Mittels ein Urtheil abzugeben, sondern Sache des Arztes. Unsere Aufgabe ist es, jedes vom Arzt verlangte Mittel zur Zufriedenheit anzufertigen.

Wenn Herr Apotheker A. Poehl nichtsdestoweniger die Aufmerksamkeit der Herren Aerzte auf die Schädlichkeit und die irrationelle Zusammensetzung der von Dr. Unna in Vorschlag gebrachten Pflaster zu lenken glaubt, so dürften dieselben doch vielleicht seine Autorität hierin in Frage stellen. Ausserdem irrt sich Herr Apotheker Poehl, wenn er behauptet, als hätte Dr. Unna die Gelatinmasse statt der Pflaster in Vorschlag gebracht, dies that nicht Dr. Unna sondern Dr. Pick, und habe ich vor einiger Zeit bereits die hiesigen Herren Aerzte auf die von Professor Dr. Pick empfohlene Gelatinglycerinmasse aufmerksam gemacht. Was nun die Conservirung der Gelatinmasse betrifft, so würde ich statt der von Apotheker Poehl in Vorschlag gebrachten Salicylsäure und β Naphtol Alkohol anwenden, da Alkohol mit der betreffenden Masse in jedem Verhältniss sich mischen lässt, ohne einen Niederschlag zu bilden.

A. Bergholz.

Vermischtes.

— Die Einrichtung der «*ärztlichen Nachtdejouren*» in Kiew ist wieder aufgehoben, da die Stadtverwaltung verlangte, die betreffenden Aerzte sollten sich ihren Anordnungen unterwerfen. Die Durchschnittseinnahme pro Nacht betrug übrigens nur 80 Kop. (Wr. № 49. 1883.)

— Die «Gesellschaft der Privatdocenten der Militär-Med. Akademie» beabsichtigt, wie der «Wratsch» erfahren, eine «*ambulatorische Heilanstalt*» zu gründen.

— Prof. Münch hat sich an die «Gesellschaft der Aerzte des Don» mit der Bitte gewandt, allen Aerzten dieses Gebietes einen Fragebogen (mit 12 Fragen) bezüglich des Vorkommens von Lepra zuzustellen. (Wr. № 49. 1883.)

— In einer Mädchenschule Moskau's brach am 28. Nov. eine quasi Epidemie von Chorea aus. 1 Mädchen bekam einen Anfall und nach ¼ Stunde zappelten schon 18, so dass die Uebrigen nach Hause geschickt werden mussten. (Wr. № 49. 1883.)

— Die Wiener Universität, welche trotz der stark gewachsenen Zahl der Medicinstudirenden sich mit einem Lehrstuhl für Anatomie behelfen musste, erhält jetzt eine zweite Professur für dieses wichtige Fach. Das Comité, welches von dem Professoren-Collegium unter dem Vorsitz des Anatomen Prof. Langer niedergesetzt war, um für diesen zweiten anatomischen Lehrstuhl geeignete Vorschläge zu machen, hat primo loco den Prof. Toldt in Prag, secundo loco Prof. Zuckerkandl in Graz empfohlen.

— Die von Dr. Beck in Bern herausgegebene «Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik» erscheint in diesem Jahre mit einer Beilage, welche unter dem Titel «Centralblatt für orthopädische Chirurgie» von Dr. F. Beely in Berlin redigirt wird.

— In vielen französischen Hospitälern sind Einrichtungen zum Schnellphotographiren der Kranken (zu jeder Zeit) getroffen; es wird dazu elektrisches Licht benutzt.

— Wie die «St. Peterburgskija Wedomosti» erfahren, hat der Minister des Innern das von mehreren medicinischen Gesellschaften eingereichte Gesuch um Eröffnung einer Subscription behufs Errichtung eines Denkmals für Pirogow auf einem der öffentlichen Plätze in Kijew oder Odessa als verfrüht abschlägig beschieden. Dagegen hat derselbe gestattet, eine Subscription ausschliesslich unter Aerzten zu eröffnen behufs Anschaffung einer Büste oder des Portraits von Pirogow, welche entweder in einem der Sitzungssäle der medicinischen Gesellschaften von Kijew und Odessa oder im Medicinalrath aufzustellen wären.

— Vor Kurzem vollendete sich das erste Jahrzehnt des Bestehens des in Moskau erscheinenden trefflichen medicinischen Referaten-Journals «Medizinskoje Obosrenje». Bei dieser Gelegenheit wurden dem verdienstvollen Herausgeber und Redacteur desselben Dr. Sprimon vielfache Beweise der Anerkennung seiner erspriesslichen redactionellen Thätigkeit zu Theil. Ein von den Collegen veranstaltetes Festessen beschloss die Feier des Tages.

— Am 28. November a. pr. verstarb bei Solikamsk (Gouv. Perm) der dortige Fabrikarzt Dr. Albert Schramm im Alter von 34 Jahren. Für die Beliebtheit, welcher der Dahingeschiedene sich erfreute, sprach die grosse Betheiligung der dortigen Bevölkerung bei seiner Beerdigung, sowie der Beschluss, welchen die auf der Fabrik Angestellten am Tage seiner Bestattung fassten, ein Denkmal auf dem Grabe des Verstorbenen zu errichten. (Russkaja Medizina.)

— Die hiesige Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit geht mit dem Gedanken um, in Petersburg oder Moskau eine Hygiene-Ausstellung zu veranstalten. (Sdorewje.)

— In der letzten Jahresversammlung der Kasan'schen Gesellschaft der Aerzte wurden Prof. Petrow zum Präsidenten und die DDr. Ljubimow, Orlow und Dochmann zu Secretairen der Gesellschaft gewählt.

— Das *Medicinalpersonal Frankreichs* bestand im Jahre 1881 aus 11643 Aerzten, 3203 Heilgehülfen, 13403 Hebammen und 6443 Pharmaceuten.

— Dr. Straus gab in der Societé de Biologie einen Bericht über die Thätigkeit der, von der französischen Regierung nach Egypten entsandten, Choleracommission, der er angehörte. Die Resultate zu denen sie gelangt waren, sind im Ganzen negativer Natur.

Die Reiskörperchen in den Stühlen bestehen aus Epithelzellen die die Congulationsnecrose eingegangen.

Bacterien werden im Gewebe des Darmes in verschiedenen Formen getroffen, ohne dass es sich entscheiden liesse, welche von ihnen die specifischen Krankheitserreger sind, die von Koch als solche angesehenen Stäbchen sollen es jedenfalls nicht sein.

Auch im Blut kommen Mikroorganismen vor. Färbungen jedoch sowohl wie Culturversuche damit misslangen.

Das Blut hat eine leicht saure Reaction.

Fütterungsversuche an Thieren mit den Dejectionen sowie mit Theilen der Leichen blieben resultatlos.

(Gaz. des Hôpitaux 1883 № 130.)

Vacanzen.

Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise *Kargopol* (Gouv. Olonez) sind zu besetzen. Gehalt 1200 Rbl. bei freien Amtsfahrten. Refl. haben sich schriftlich an die «Каргопольская Уѣздная Земская Управа» zu wenden und gleichzeitig ihre Documente vorzustellen.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 8. Januar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3073	1758	4831
Kinderhospitäler	154	147	301
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd.,exanth.,rec.)	375	113	488
Scharlach	32	30	62
Pocken	3	5	8
Venerische Krankheiten	517	371	888

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 7. Januar 1884 besucht von 2069 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1078.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 1. bis 7. Januar 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
360	299	659	194	63	99	16	7	12	58	51	45	35	39	30	5	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 18, Scharlach 8, Diphtherie 23, Croup 5, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 5.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 33, andere Gehirnkrankheiten 30, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung der Athmungsorgane 124, Lungenschwindsucht 101, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastro-intestinal-Krankheiten 128, andere Krankheiten der Bauchhöhle 14, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 55, Marasmus senilis 29, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 2, Mord 1.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	16—22 Dec.	181 732	80	11	22,8	13,7	40,0
Kopenhagen	19—25 Dec.	258 000	104	12	20,9	11,5	41,0
Berlin	23—29 Dec.	1 192 203	538	119	23,5	22,1	41,1
Wien	16—22 Dec.	749 762	347	33	24,1	8,9	35,7
Brüssel	16—22 Dec.	166 351	73	2	22,8	2,7	26,3
Paris	21—27 Dec.	2 239 928	1057	132	24,5	12,5	27,3
London	23—29 Dec.	3 955 814	1503	234	19,8	16,3	24,9
St. Petersburg	30 Dec. — 5 Jan.	923 016	627	62	35,1	9,9	24,2

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. Januar 1884.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften

Redigirt von

Prof. Dr. **Kronecker**

und

Prof. Dr. **H. Senator.**

Wöchentl. 1—2 Bog. gr. 8. Pr. d. Jahrg. 20 M.

Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten. 6 (1)

Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig

Gratisbeilage z. Centralblatt f. d. gesammte Medicin

Apart bezogen Preisp. Sem. 3 Mark

MEDICINISCHE BIBLIOGRAPHIE

bearbeitet von Dr. A. WÜRZBURG, Bibliothekar im Reichs-gesundheitsamt.

Wöchentl. 1 Nr. von c. acht Seiten

Januar 1884 beginnt ein neues Abonnement auf die

Berliner

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte.

Mit besonderer Berücksichtigung der Medicinal-Verwaltung und Gesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur: Professor Dr. **C. A. Ewald.**

Wöchentlich 1½—2 Bogen. Gross 4-Format.

Preis vierteljährlich 6 Mark.

Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten. 7 (1)

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Kürzlich erschien:

Antiquarisches Verzeichniss № XXIII.

Bibliotheca medico - pharmaceutica.

Sammlung von gegen 400 № älterer und neuerer Werke aus dem Gebiete der Medicin und Pharmacie.

Obiger Katalog steht auf Verlangen gratis und franco zu Diensten. 11 (1)

Riga, Januar 1884. N. Kymmel's Buchhandlung.

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

9
17

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

Изданія К. РИККЕРЪ въ Ст.-Петербургѣ.

Невскій проспектъ № 14.

РУКОВОДСТВО
КЪ ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГІИ И ТЕРАПІИ

для практическихъ врачей и учащихся. Соч. проф. д-ра Герм. Эйхгорста. Переводъ (съ согласія автора) д-ра Н. Э. Крузенштерна.

Вышли выпуски. 1—7. Всѣхъ будетъ приблизительно 16—18 по 1 р., съ перес. 1 р. 20 к. Подп. цѣна всему изданію 12 р. 50 к., съ перес. 15 р.

Изъ статьи, помѣщенной въ газетѣ „Врачъ", № 11, 1882-го года. Первый вопросъ при появленіи каждаго учебника по какой-либо наукѣ, естественно, слѣдующій: имѣетъ-ли новый учебникъ право на существованіе при массѣ другихъ учебниковъ по тому-же предмету? Для положительнаго отвѣта на этотъ вопросъ, особенно въ такой области, какъ частная патологія, и безъ того очень богатой руководствами, недостаточно, чтобы новый учебникъ былъ только хорошей компиляціей, удачно и связно передающей факты современной науки: необходимо, чтобы вмѣстѣ въ тѣмъ это было и сочиненіе, написанное человѣкомъ, умѣющимъ провести во всѣхъ отдѣлахъ критическій взглядъ, основанный на собственномъ, обширномъ клиническомъ опытѣ и, сверхъ того, на точномъ знакомствѣ не только съ фактами, но и со способами изслѣдованія современной физіологіи, патологіи, патологической анатоміи и фармакологіи. Судя по первымъ выпускамъ, книга профес. Eichhorst'a въ высокой степени удовлетворяетъ этимъ требованіямъ.

РУКОВОДСТВО
КЪ ОБЩЕЙ ТЕРАПІИ,

издаваемое подъ редакціей проф. Ziemssen'a и выходящее въ русскомъ переводѣ подъ редакціей проф. В. А. Манассеина и частн. преп. В. И. Дроздова, будетъ состоять изъ слѣдующихъ четырехъ томовъ:

ТОМЪ I. Часть 1-я. Введеніе проф. Ziemssen'a — Діэтетика больныхъ, искусственное питаніе, діэтетическіе способы лѣченія и т. д. J. Bauer'a. Части 2-я и 3-я. Противулихорадочные способы лѣченія (отнятіе тепла). Проф. Liebermeister'a. — Противувоспалительные способы лѣченія. Общія кровопусканія. Переливаніе Проф. Th. Jürgensen'a.—Накожный, вкожный и подкожный способы введенія лѣкарствъ. Проф. A. Eulenburg'a. Часть 4-я. Пнёймотерапія. Проф. J. Oertel'я.

ТОМЪ II. Часть 1-я. Климатотерапія (включая и лѣченіе горнымъ климатомъ) Д-ра H. Weber'a. Часть 2-я. Общая больнеотерапія. Проф. O. Leichtenstern'a. (Эта часть выйдетъ подъ редакціей д-ра Милютина). Часть 3-я. Гидротерапія. Проф. Winternitz'a.

ТОМЪ III. Электротерапія. Проф. W. Erb'a.

ТОМЪ IV. Лѣчебная гимнастика, ортопедія, массажъ. Проф. F. Busch'a. (Этотъ отдѣлъ выйдетъ въ переводѣ подъ редакціей и съ добавленіями д-ра Дьяковскаго). Общая терапія мѣстныхъ разстройствъ кровообращенія (противуводяночный, потогонный и другіе способы лѣченія). Проф. Ziemssen'a.

Каждая часть составляетъ самостоятельное цѣлое.

Вышли изъ печати: Тома I-го части 2-я и 3-я. 1881. 3 р. 60 к., съ пер. 4 р.
Тома II-го часть 1-я. 1883. 1 р. 60 к., съ пер. 1. 80 к.
Тома II-го часть 3-я. 1882. 2 р. 40 к., съ пер. 2 р. 70 к.
Тома III-го половина 1-я. 1882. 2 р. 40 к., съ пер. 2 р. 70 к.
Тома III-го половина 2-я. 1883. 3 р. —, съ пер. 3 р. 30 к.

Подписная цѣна всему изданію 21 р., съ пер. 24. 3 (1)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКІЙ ЖУРНАЛЪ

„ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГІИ"

который будетъ выходить въ 1884 г., въ Кіевѣ,

подъ редакціею проф. А. ХОДИНА.

Программа журнала: 1) Оргинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ офталмологіи, преимущественно практической. 2) Переводы или извлеченія наиболѣе выдающихся статей иностранной офталмологической литературы. 3) Журнальное обозрѣніе (обзоръ офталмологическихъ и другихъ журналовъ). 4) Библіографія (обзоръ книгъ, брошюръ, отчетовъ и пр.). 5) Отчеты засѣданій обществъ. 6) Новости и смѣсь.

Журналъ будетъ выходить *каждые 2 мѣсяца* книжками въ 5—6 и болѣе печатныхъ листовъ.

Подписная цѣна **шесть** руб., съ пересылкой и доставкой (для студентовъ **пять** руб.)

Подписка принимается въ помѣщеніи редакціи: *Кіевъ, Нестеровская ул., № 5.*

Примѣчаніе. Первая книжка Журнала выйдетъ во второй половинѣ февраля 1884 года. 4 (1)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 12 Января 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.

in St. Petersburg. in Dorpat. in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 3. St. Petersburg, 21. Januar (2. Februar) 1884.

Casuistische Beiträge

von

Dr. L. Holst.

II. Eine verschluckte Nadel. — Ein Uterus-Fibromyom als Hernie.

Der Fall, den ich hier schildern will, bot während des Lebens so zahlreiche, eigenthümliche, schwer definirbare und mit einander vereinbare Erscheinungen dar, dass es nicht möglich war zu einer klaren Diagnose zu gelangen, er im Gegentheil zu einer ganzen Serie von falschen Diagnosen Veranlassung gab und es uns nicht erspart blieb sogar in den letzten Lebensmomenten noch eine falsche Diagnose zu stellen.

L. Schw., 38 J. alt, verheirathet, wurde am 11. Octbr. 1883 ins Evangelische Hospital aufgenommen. Pat. ist von mittlerer Grösse, mager, sieht blass und elend aus, leidet an heftigen Schmerzen im Leibe und starkem Erbrechen, woran sie vor drei Wochen plötzlich erkrankt zu sein angiebt. Pat. ist früher schon oft krank, auch ernstlich erkrankt gewesen, aber nie in ähnlicher Weise. Sie ist seit 18 Jahren verheirathet, hat nie geboren, ist nie schwanger gewesen; die Menses sind stets sehr unregelmässig gewesen, sowohl was den Termin ihres Eintrittes, als was die Quantität des entleerten Blutes betrifft. Zu Anfang der jetzigen Erkrankung hat hartnäckige Verstopfung bestanden, später ist in Folge des Gebrauches von Karlsbad Durchfall eingetreten; bei der Aufnahme ist Pat. wieder verstopft, und zwar seit einigen Tagen. Die Nahrungsaufnahme ist fast auf Null reducirt wegen des heftigen Erbrechens, bei dem bisweilen auch etwas Blut entleert worden ist. Der Unterleib ist weich, nicht aufgetrieben, sehr wenig empfindlich, in der Herzgrube dagegen bedeutende Druckempfindlichkeit. Quälender Durst. T. V. 37,5. — Um Stuhl zu bewirken, wurden 3 Gaben von je 5 Gran Calomel verordnet, doch ohne Erfolg. Die 2. Dosis wurde übrigens ausgebrochen, das Würgen und Erbrechen hielt die ganze Nacht an und raubte gänzlich den Schlaf, wozu auch noch das hinzukam, dass Pat. durch die alle 2 Stunden wiederholten Wassereingiessungen wach erhalten wurde. Erst am Morgen des nächsten Tages (22sten) bewirkten diese Manipulationen eine ganz dünne, grüne Ausleerung. Danach trat Erleichterung ein, das Würgen und Erbrechen liess nach und die Empfindlichkeit der Herzgrube war entschieden geringer geworden. Der Urin sehr trübe, setzte starken Bodensatz ab, reagirte sauer, filtrirt und gekocht trübte er sich, ohne einen flockigen Niederschlag zu bilden; unter dem Mikroskope fand man viel Epithelien, einzelne Eiterkörperchen, Detritus; unzweifelhafte Cylinder konnten nicht aufgefunden werden. — *Ord.:* Tinct. Belladonn. gtt. V 4mal täglich. Die nächsten Tage nun blieb der Zustand ziemlich unverändert, Erbrechen und Schmerzen dauerten fort, wenn auch in gemässigterem Grade; auch der Urin blieb unverändert derselbe, war aber ziemlich sparsam, etwa 750 Ccm. in 24 Stunden, reagirte schwach sauer, bisweilen auch schwach alkalisch, enthielt amorphe Körnchen in ziemlich reichlicher Quantität, offenbar aus kohlensaurem Kalk bestehend, da auf Zusatz von Essigsäure Aufbrausen entstand. Beim Kochen tritt leichtes Opalisiren ein. Die Empfindlichkeit der Magengegend gegen Druck wurde allmälig merklich geringer, durch die Palpation war nichts zu eruiren, an der Leber keine Veränderung aufzufinden, die Milzdämpfung kaum nachzuweisen. Dabei ist Pat. stets fieberfrei, die Temperaturen normal oder subnormal. Es wurde noch Arg. nitric. zu gr. 1/12 drei Mal täglich verordnet und die Diagnose offen gelassen. Ein

Blasencatarrh lag nun wohl unzweifelhaft vor, es war aber unmöglich aus ihm auch alle übrigen Krankheitserscheinungen zu erklären, auch die geringe Urinquantität liess sich mit dem Blasencatarrh in keinen ursächlichen Zusammenhang bringen. Diese geringe Urinmenge, die bis auf 650, ja sogar 300 Ccm. in 24 St. sank und das hartnäckige Erbrechen, verbunden mit den Schmerzen, liess wohl an eine Nierenaffection denken, vielleicht Nierenstein, doch war die Nierengegend weder spontan schmerzhaft noch druckempfindlich, der etwa vorhandene Eiweissgehalt jedenfalls ganz minim. Wahrscheinlicher schien es doch immer ein Magenleiden, ein Ulcus rotundum, als eigentliche Ursache der Krankheit anzusehen, wofür das hartnäckige Erbrechen, bisweilen mit Blut gemischt, und die Empfindlichkeit der Magengegend zu sprechen schien, doch sei hier gleich bemerkt, dass während des ganzen Hospitalaufenthaltes kein Blut im Erbrochenen bemerkt worden ist, sowie dass die Schmerzen im Leibe nicht genau localisirt werden konnten und sich über den ganzen Leib verbreiteten, wenn auch als Hauptsitz derselben stets die obere Partie angegeben wurde, jedoch an wechselnder Stelle, bald mehr in der Mitte, bald mehr in der linken, bald mehr in der rechten Seite. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Ulcus rotundum ventriculi gestellt, und in dieser Annahme wurden wir noch dadurch bestärkt, dass Pat. am 30. Oct. die Angabe machte, sie habe 3 Tage vor ihrer Erkrankung aus Versehen eine Stecknadel verschluckt. Auf mein Befragen, warum sie denn so spät erst eine so wichtige Angabe mache, antwortete sie, die Aerzte, die sie früher behandelt, hätten ihr auf ihre Erwähnung dieser Thatsache geantwortet, das habe gar nichts zu bedeuten. (!)

Hiemit schien nun das bisherige Dunkel gelüftet zu sein; offenbar war die Stecknadel die Wurzel alles Uebels. Pat. hatte freilich auch den Verdacht gegen mich ausgesprochen, ob sie nicht vielleicht schwanger sei, denn die Menses seien seit einigen Monaten ausgeblieben; aber ich redete ihr denselben aus. Es war wohl im höchsten Grade unwahrscheinlich, hier Schwangerschaft anzunehmen, wo in 18jähriger Ehe nie Schwangerschaft eingetreten, die Menses dagegen stets sehr unregelmässig gewesen waren. Freilich erwies sich der Uterus bei der Untersuchung vergrössert, doch war einerseits eine sehr genaue Untersuchung wegen der vorhandenen Empfindlichkeit sowohl bei der internen als bei der externen Untersuchung nicht gut möglich, und andererseits sprachen die erwähnten anamnestischen Momente mit viel grösserer Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines Uterusleidens, etwa eines Tumors, als für das einer Gravidität. Diese Ansicht wurde vollständig gerechtfertigt dadurch, dass am 31. Oct. die Menses eintraten und 4 Tage lang andauerten, wobei allerdings nur eine geringe Quantität Blut entleert wurde, was ja aber bei der Pat. durchaus keine auffallende oder ungewöhnliche Erscheinung war.

Gegen den Blasencatarrh wurden Sublimatausspülungen angewandt, ohne dass sie eine sichtliche Veränderung in der Beschaffenheit des Urins bewirkt hätten. Was die übrigen Krankheitserscheinungen betrifft, so half uns die Kenntniss von der verschluckten Nadel sehr wenig, denn auffinden liess sie sich nicht, wir konnten nicht einmal bestimmen, ob sie überhaupt noch im Körper vorhanden sei oder nicht, und unsere Therapie musste sich auf ein rein symptomatisches Handeln beschränken, um die Beschwerden nach Möglichkeit zu mässigen. Das gelang denn auch einigermaassen, das Erbrechen wurde allmälig seltener und schwand schliesslich ganz; auch die Schmerzen wurden im Ganzen gemässigt, exacerbirten zeitweilig aber doch noch recht bedeutend. So zog sich die Sache hin bis zum 13. November, wo wieder stärkeres Erbrechen eingetreten war und Patientin auf eine Geschwulst in der linken Unterbauchgegend aufmerksam machte. Man fand daselbst, in der linken Darmbeingrube, nahe über der Inguinalgegend einen härtlichen, etwa wallnussgrossen, ovalen, beweglichen, dicht unter der Haut liegenden, aber offenbar nicht mit ihr verbackenen, wenig empfindlichen Tumor. Später gelang es denn auch diesen Tumor durch Taxis in die Bauchhöhle zurückzubringen, wonach man ihn deutlich durch das linke Scheidengewölbe durchfühlen konnte; er liess sich bequem aus der Bauchhöhle herausdrängen, so dass er unter der Bauchhaut deutlich fühlbar und sichtbar war, durch die Scheide aber nicht mehr zu erreichen, — und eben so leicht reponiren, so dass die Palpation ihn nicht mehr entdeckte, der in die Vagina eingeführte Finger ihn aber leicht auffand. Der Tumor liess sich übrigens schwer in der Bauchhöhle zurückhalten, sich selbst überlassen trat er nach kurzer Zeit immer wieder hervor, und auch ein Bruchband nützte in dieser Beziehung nichts, sondern machte nur Beschwerden, die sich bis zu recht bedeutender Höhe steigern konnten. Die Beweglichkeit war offenbar eine recht grosse, man fand den Tumor oft bedeutend höher stehend als wie er zu Anfang entdeckt wurde, näher zum Nabel zu. Offenbar handelte sich's also um eine Hernie, und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach eine Bauchhernie. Als Inhalt dieser Hernie liess sich schwerlich etwas anderes annehmen als das linke Ovarium, wofür sowohl die Grösse und Gestalt, als der Ort des Auftretens, sowie die Consistenz und nur geringe Empfindlichkeit des Tumors sprach. Es lag also — wie wir glaubten, unzweifelhaft — eine Ovarial-Bauchhernie vor, und das legte die Vermuthung nahe, ob nicht sie die Ursache des hartnäckigen Erbrechens sowie der Schmerzen gewesen, welche als Einklemmungserscheinungen zu deuten seien, die in ungewöhnlicher Heftigkeit so lange angedauert hatten, bis das Ovarium sich bis unter die Haut durchgearbeitet hatte, wornach sie aufhörten resp. sich ermässigten. Allein — die Schmerzen hatten nicht aufgehört, waren nur mässiger geworden und schwanden auch in der nächsten Zeit nicht vollständig und der Tumor nahm offenbar an Umfang allmälig zu, so dass seine Reposition später nicht mehr so leicht gelang. Mit den ersten Tagen des December fingen nun die Beschwerden wieder an zu steigen, die Schmerzen wurden ärger, es trat hin und wieder Erbrechen ein, Pat. klagte sehr über Sodbrennen. Am 5. Dec. wird constatirt, dass der Fundus uteri drei Fingerbreit unterhalb des Nabels stehe, am 7ten meint Pat. Kindsbewegung zu fühlen. Schwangerschaft war unzweifelhaft, welche übrigens — nebenbei gesagt — schon früher als wahrscheinlich angenommen worden war, da der Uterus sich offenbar allmälig vergrösserte. Die Beschwerden stiegen bedeutend, das Erbrechen wurde excessiv, der Tumor und namentlich seine Reposition empfindlich, ein Zurückhalten desselben war ganz unmöglich, wenn auch nur für kurze Zeit, — und so

wurde die Entfernung desselben beschlossen, in der Hoffnung, damit das Erbrechen zu sistiren und so die der Schwangerschaft drohende Gefahr zu beseitigen.

Nach erlangter Einwilligung der Patientin wurde die Operation in der Chloroformnarcose am 9. December von Dr. Schmitz ausgeführt. Die Narcose war schwierig, es traten bald Collapserscheinungen auf, welche durch eine subcutane Moschusinjection zur Noth beseitigt wurden, so dass die Chloroforminhalation nur mit grosser Vorsicht fortgesetzt werden konnte. Mit einem etwa 7 Ctm. langen, hart oberhalb des Poupart'schen Bandes und ihm parallel verlaufenden Schnitte wurde direct auf den Tumor eingegangen. Nach Spaltung der Haut, des Unterhautzellgewebes und der Bruchhüllen erwies sich, dass der Bruch nicht durch den äusseren Leistenring, sondern durch einen Schlitz der Aponeurose des M. obliq. ext. seinen Weg nach aussen genommen hatte (Hernia paralnguinalis), und auch das nur mit seinem kleineren Theile, — die grössere Hälfte befand sich noch innerhalb der Bauchhöhle und liess sich nicht aus der Bruchöffnung hervorwälzen. (Es erklärt sich hieraus auch die früher bereits erwähnte, zeitweilig eintretende ungewöhnliche Dislocation des Bruches mehr nach oben hin, indem derselbe durch den zu kleinen Schlitz der Sehne des M. obliq. ext. nicht vollständig an die Oberfläche treten konnte und sich deshalb unter dieser Aponeurose nach oben hin ausgesackt hatte — Hernia intraperitonäalis Birkett). Es musste daher der Schnitt lateralwärts verlängert, und die Aponeurose des Obliq. ext. sowie der Rand des Obliq. int. und des Transversus abdominis durchschnitten werden. Jetzt erst gelang es durch starken Druck von innen mittelst der in die Vagina eingeführten Finger eines Assistenten, den Tumor so weit aus der Wunde hervorzudrängen, dass der Stiel sichtbar wurde und mit einer langen Klemmpincette gefasst werden konnte. Derselbe war flach, membranös, ziemlich dick, reichlich drei Finger breit und inserirte sich nach innen in der linken Seite der Vorderfläche des Uterus, wodurch die Diagnose eines Ovarialtumors schon etwas zweifelhaft wurde. Der Stiel wurde nun durch eine elastische Ligatur fest umschnürt, der Peritonäalüberzug des Tumors gespalten und letzterer enucleirt. Derselbe war etwa gänseeigross, von höckriger, knolliger Oberfläche, zeigte auf dem Durchschnitt einen faserigen Bau und imponirte entschieden als Fibrom; durch die mikroskopische Untersuchung wurde ein Fibromyom constatirt. Der Stumpf wurde nun durch eine tiefliegende Etagennaht (fortlaufend) vernäht, über welche eine zweite Reihe zu liegen kam, welche die Peritonäalwunde selbst schloss. Nach Lösung der elastischen Ligatur blutete es an mehreren Stellen aus dem Stumpfe, weshalb um denselben eine starke Seidenligatur geschlungen und durch festes Zuschnüren derselben der Stiel nochmals en masse unterbunden wurde, wonach die Blutung vollständig stand. Danach Schluss der Bauchwunde durch die fortlaufende, Musculatur und Peritonäum mitfassende Naht, mit Einlegung eines 1½ Zoll langen Drains in den unteren Wundwinkel. Darüber antiseptischer Verband.

Nachdem Pat. aus der Narcose erwacht, wurde sie durch heftiges und durch kein Mittel zu stillendes Erbrechen sehr gequält; dazu kamen noch am Abend sich einstellende wehenartige Schmerzen im Leibe. — 10. *Dec.* Der Verband etwas durchtränkt, wird abgenommen und gewechselt. Dabei zeigt sich der Stichkanal der obersten Naht etwas geröthet, und aus dem Drain lässt sich ein blutiger, aseptischer Pfropf ausdrücken, weshalb der Drain entfernt wird. P. 120, klein. T. M. 38,2, Erbrechen dauert fort, gegen Abend subcutane Injection von Coffeïn gr. β. T. V. 37,4. — 11. *Dec.* T. M. 37,5, P. 120. Verbandwechsel wegen ziemlich reichlich durchgetretenen Wundsecrets; aus der für den Drain gelassenen Oeffnung lassen sich etwa ℥jj schmutzig-brauner, blutig-seröser, ganz geruchloser Flüssigkeit ausdrücken. Wundränder etwas infiltrirt. Erbrechen hat aufgehört, wehenartige Schmerzen dauern fort, sind aber schwächer geworden. Leidliches Befinden bis zum Abend, T. V. 37,9. — 12. *Dec.* Seit Mitternacht heftige Schmerzen, unzweifelhaft Wehen, früh Morgens starke Uterinblutung. Am Vormittag die Vaginalportion für den Finger durchgängig, welcher oberhalb die prall gespannte Blase fühlt. Um 11½ Uhr Blasensprung, unmittelbar danach findet man die Frucht in der Scheide; dieselbe wird exprimirt. Die Placenta sehr morsch, leicht zerreisslich, kann nur in einzelnen Partien manuell bei gleichzeitig angewandter kräftiger Expression entfernt werden; zurückgebliebene Reste werden ausgeschabt. Blutung mässig, Frucht lebend, macht einige schnappende Athemzüge, ist etwa aus dem 6. Monate. Ausspülung der Uterinhöhle mit ½ ‰ Sublimatlösung. — Danach Verbandwechsel; aus der Drainöffnung lässt sich wieder etwas Secret herausdrücken; Eiterung der Wundränder und an den Stichcanälen. T. M. 37,7. — 13. *Dec.* Pat. hat nach Chloral (℥jj per Clysma) etwa 4 Stunden geschlafen; kleinere, an den vorhergehenden Tagen gegen die Schlaflosigkeit angewandte Dosen waren wirkungslos geblieben. Gegen 4 Uhr Morgens erwacht Pat. in grosser Unruhe und collabirt ganz plötzlich. Sensorium getrübt, T. 38,0, P. um 6 Uhr kaum fühlbar, Athmung schnappend, aussetzend, Extremitäten und Nase kühl, Zunge trocken, kühl. Um 8 Uhr P. unfühlbar, beginnendes Lungenödem, Bewusstlosigkeit, vollständige Agonie. Der plötzlich eingetretene Collaps und das Gesammtbild der Erscheinungen sprach mit solcher Entschiedenheit für eine innere Blutung, dass als letztes Mittel — wiewohl ohne Hoffnung auf nachhaltigen Erfolg — die Transfusion einer Kochsalzlösung versucht wurde. Man musste doch annehmen, dass die en masse um den Stiel geschlungene Ligatur abgeglitten sei und danach die noch nicht, oder wenigstens nicht fest thrombosirten Gefässlumina sich wieder geöffnet und dem Blute freien Austritt gestattet hätten. Gelang es nun auch das Gefässsystem wieder zu füllen und dadurch die Herzaction wieder anzuregen, so musste man weiter annehmen, dass mit der stärkeren Füllung der Gefässe und dem Wiedererwachen der Herzthätigkeit auch die im agonischen Zustande der Patientin zum Stehen gekommene Blutung sich gleichfalls wieder erneuern, ein eigentlicher Heileffect also nicht zu Stande kommen würde. Jedoch wäre dann vielleicht die Möglichkeit geboten gewesen, die Bauchhöhle wieder zu eröffnen, den Stiel nochmals zu ligiren und so die allerdringendste Gefahr zu beseitigen. — In die Vena mediana wurden allmälig 16 Unzen einer auf Körpertemperatur gebrachten alkalischen Kochsalzlösung injicirt, jedoch ohne jeglichen Effect. Noch während der Operation sistirte die Respiration vollständig, künstliche Respiration hatte

ebenfalls keinen Erfolg, der Tod war etwa um 10 Uhr Morgens eingetreten.

Section: Im Herzbeutel etwas blutig gefärbtes Serum. In der rechten Lungenspitze, sowie in der unteren Partie des linken oberen Lungenlappens ein älterer, theilweise verkäster pneumonischer Herd. In beiden Lungenarterien prämortale Thromben, welche das Rohr nicht vollständig ausfüllen, sich aber weit bis in die feinsten Arterien hinein fortsetzen und als dendritisch fein verzweigte Gerinnsel herausgezogen werden können. — Im Magen nichts zu finden ausser mässigem Catarrh. Starke Verwachsungen älteren Datums der Leber mit dem Zwerchfell, mit dem Colon, der Gallenblase mit dem Duodenum, so dass Duodenum und Flexura hepatica stark angezogen und fixirt sind. — Das Peritonäum und Netz überall stark injicirt, getrübt; zahlreiche frische, leicht trennbare Verklebungen der Darmschlingen unter einander; die Stiel-Ligatur abgeglitten, der Stiel selbst in eine schmutzig-gelbe, nekrotisch aussehende Masse verwandelt, nicht am Ovarium, sondern an der linken Seite der Vorderfläche des Uterus aufsitzend, in dessen Substanz hinein der Zerfall ziemlich weit vorgeschritten eine Höhle bildet, die aber nicht bis in die Uterinhöhle hinein vordringt. — Die Bauchwunde nirgends verklebt, mit schmutzig-gelb-grünlichen Rändern; in der Nähe ein Paar kleine, etwa bohnen- bis nussgrosse subperitonäale Abscesse. Beide Ovarien an der normalen Stelle und von normaler Beschaffenheit; im rechten ein etwa erbsengrosses Corpus luteum. — In den Nieren die Rindensubstanz etwas getrübt, aber nicht hochgradig, sonst nichts Bemerkenswerthes. Die Blasenschleimhaut etwas geschwellt und gelockert; der catarrhalische Zustand ebenfalls nicht stark ausgeprägt. — Am Uterus ebenfalls nichts Bemerkenswerthes, ausser dass auch an seinem rechten Rande ein Fibrom von der Grösse einer kleinen Wallnuss an einem dünnen, fibrösen Stiele aufsitzt. — Von einer secundären Blutung ist absolut nichts zu finden; auch die Nadel kann trotz allem Suchen nicht aufgefunden werden.

Unsere zahlreichen diagnostischen Irrthümer, so weit sie nicht schon im Leben erkannt worden, waren nun durch die Section aufgedeckt worden. Es war kein Ulcus ventriculi vorhanden, eben so wenig als ein ernsteres Nierenleiden. Das hartnäckige Erbrechen war nicht einer von diesen beiden Ursachen zuzuschreiben, sondern der Zerrung des Duodenum durch die peritonitischen Adhäsionen. Die gleichzeitig vorhandene Schwangerschaft mag wohl in gewissem Grade beim Auftreten des Erbrechens mitgewirkt haben, doch war sie sicherlich nicht die eigentliche oder hauptsächliche Ursache desselben. Einmal ist solch' eine Zerrung des Duodenum an sich völlig genügend, um unstillbares Erbrechen hervorzurufen. Ich erinnere mich dabei eines anderen Falles, der vor einigen Jahren hierselbst zur Section kam, wo die Patientin während des Lebens kaum ein anderes Krankheitssymptom darbot als unstillbares Erbrechen, woran sie auch zu Grunde ging, und die Section nichts weiter nachwies als Zerrung des Duodenum durch peritonitische Adhäsionen. Ferner ist zu bedenken, dass das Schwangerschafts-Erbrechen doch nicht von heftigen Schmerzen begleitet zu sein pflegt, im vorliegenden Falle aber das Erbrechen gleichzeitig mit heftigen Schmerzen auftrat, so dass man das Bild einer acuten Erkrankung vor sich hatte, die Schmerzen während der ganzen Krankheit in bald stärkerem, bald schwächerem Grade, jedoch jedenfalls ununterbrochen fortdauerten, ja sogar constanter waren als das Erbrechen, welches zeitweilig ja ganz sistirte, beide Erscheinungen also doch wohl in causalem Zusammenhange standen, aus derselben Ursache entsprangen. — Der auf die Gravidität bezügliche Irrthum war schon während des Lebens erkannt worden; obwohl in 18jähriger Ehe nie Schwangerschaft eingetreten, dagegen während der Krankheit die Menses auftraten und 4 Tage dauerten — freilich in geringer Quantität, was aber nicht besonders auffallen konnte, da sie seit jeher unregelmässig gewesen — wodurch eine Schwangerschaft im höchsten Grade unwahrscheinlich wurde, war sie dennoch vorhanden. — Ebenso hatte man allerdings schon während des Lebens, aber doch erst während und nach der Operation erkannt, dass es sich nicht um ein Ovarium, sondern um einen Tumor uteri als Bruchinhalt handele. Solch' ein Verhalten und solche Wanderungen — wenn der Ausdruck erlaubt ist — eines fibrösen Uterintumors sind nun allerdings so seltene und auffallende Vorkommnisse, dass dieser Irrthum, bei der gleichzeitig vorhandenen grossen Aehnlichkeit des Tumors mit einem Ovarium in Grösse und Gestalt — wohl verzeihlich erscheinen dürfte. Der Tumor war ohne Zweifel ursprünglich ein subseröser, hatte sich bald aus der Uterussubstanz hervorgearbeitet und gestielt, ebenso wie das bei der Section gefundene zweite kleinere Fibrom an der rechten Uterushälfte. Höchst auffallend bleibt aber immer das Verhalten des Stieles, welcher ziemlich lang und membranös, nicht fibrös wie bei dem zweiten Tumor war. Jedenfalls musste das Fibromyom in seiner ganzen Masse spontan sich aus der Uterussubstanz eliminirt haben; die Länge des Stieles ermöglichte dann die bedeutende Beweglichkeit, und das heftige andauernde Erbrechen ist wohl die Ursache gewesen, dass der Tumor durch einen locus minoris resistentiae der Bauchwandung allmälig hervorgedrängt worden ist.

Am überraschendsten war uns jedenfalls der absolut negative Befund in Bezug auf die Stielblutung. Das ganze Bild des plötzlich eintretenden Collapses war in allen seinen einzelnen Erscheinungen so völlig identisch mit demjenigen, wie wir es bei innerer Verblutung zu sehen gewohnt sind, dass Niemand von den Collegen, welche die Patientin in diesem Zustande gesehen haben, auch nur einen Augenblick an dem Vorhandensein einer secundären Stielblutung zweifelte. Und doch, nicht ein Tropfen Blut in der Bauchhöhle! Nicht die mit scheinbarer Sicherheit diagnosticirte Blutung, auch nicht die vorhandene septische Peritonitis war die nächste Todesursache gewesen, sondern eine weitgehende Thrombosirung der Lungenarterien. Da konnte eine Transfusion freilich nichts nützen. Die Ursache dieses Vorkommnisses ist wohl in der Herzschwäche zu suchen, die sich schon in der Narcose durch Collapserscheinungen documentirte, durch die Chloroformwirkung selbst vermuthlich noch gesteigert wurde und auch nach der Operation fortdauerte, wie der stetig kleine und schnelle Puls bewies. — Doch muss man zugestehen, dass die Pat. vermuthlich in jedem Falle verloren war; wenn auch keine Thrombose der Lungenarterien eingetreten wäre, welche dem Leben so rasch

ein Ende machte, so wäre sie wohl etwas später an der septischen Peritonitis [1]) zu Grunde gegangen.

Ueber den eigentlichen Krankheitsprocess und die Entstehung der Krankheit hat die Section uns aber keinen, wenigstens keinen genügenden Aufschluss gegeben. Ich meinestheils möchte glauben, dass denn doch die verschluckte Nadel die Wurzel alles Uebels gewesen sei und stelle mir den Hergang etwa folgendermaassen vor. Die Nadel mag bei leerem Magen verschluckt worden sein, sich in eine Schleimhautfalte mit der Spitze verfangen, dadurch etwas gereizt und Contractionsbewegungen veranlasst haben, welche sie vielleicht so weit vortrieben, dass die Spitze die Magenwand eben perforirte und ein punctförmiges Loch in ihr machte. Bei nachfolgender Füllung des Magens ist die Nadel aus ihrer Lage gebracht und bei den peristaltischen Bewegungen durch den Mageninhalt wieder aus ihrer Fixation befreit, so zu sagen herausgeschwemmt worden, in die Magenhöhle zurückgeglitten und dann mit dem Kopfende voran mit dem Speisebrei in den Darm gelangt und mit den Fäces abgegangen. Durch die punctförmige Oeffnung ist etwas Mageninhalt in die Bauchhöhle gelangt, wohl nur ein Tröpfchen, aber genügend um Peritonitis zu veranlassen, die sich durch plötzliches Auftreten von heftigem Schmerz und Erbrechen manifestirte. Die Localisation der (älteren) peritonitischen Erscheinungen, die sich ausschliesslich auf die rechte obere Gegend der Bauchhöhle (Leber, Flexura hepatica, Duodenum) beschränkte, spricht wenigstens nicht gegen diese Auffassung. Die punctförmige Verletzung des Magens ist geheilt, ohne die Spur einer auffindbaren Narbe zu hinterlassen. Die Krankheitserscheinungen waren anfänglich der Ausdruck der Peritonitis, nach Ablauf des localen entzündlichen Processes wurden sie hervorgerufen und unterhalten durch die Folgen desselben, die Adhäsionen und die durch diese bewirkte Zerrung des Duodenum. Das fortdauernde Erbrechen wieder war die Veranlassung, dass das Fibromyom als Hernie nach aussen trat und derartige Beschwerden verursachte, dass man sich zur Exstirpation entschloss, was eben dieser Beschwerden wegen und um im glücklichen Falle durch Beseitigung derselben die sonst zu erwartende frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zu verhüten, wohl auch dann geschehen wäre, wenn man gleich erkannt hätte, dass es sich bei der Hernie nicht um ein Ovarium, sondern um einen Uterintumor handelte. Die Pat. aber war nicht im Stande die Operation zu überstehen, auch ganz abgesehen von der septischen Peritonitis. In ihrem, durch die lange erschöpfende Krankheit geschwächten Zustande hatte auch die Energie des Herzens bedeutend abgenommen, die Herzschwäche war vielleicht direct durch die Chloroformnarcose noch mehr gesteigert worden, die Insufficienz der Herzkraft bewirkte Unregelmässigkeiten, Verlangsamung und Stockung im Blutkreislauf, es traten Thromben auf, welche sich bei fortbestehender Ursache natürlich sehr rasch vergrössern und ausbreiten konnten und so dem Leben ein jähes Ende bereiteten.

[1]) Mir ist gegen die Diagn. anatom.: Peritonitis *septica* eingewandt worden, dass das Fehlen aller stürmischen Erscheinungen, höheren Fiebers und jeden üblen Geruches entschieden gegen Sepsis sprächen. Dass eine Eiterung der Stichcanäle auch ohne Sepsis auftreten kann, will ich gerne zugeben, kann aber andererseits nicht zugeben, dass die nur mässige Temperatursteigerung das Nichtvorhandensein von Sepsis entscheidend beweise, eben so wenig wie das Ausbleiben heftiger Schmerzen und anderer stürmischer Erscheinungen. Auch eine gewöhnliche, idiopathische (rheumatische) Peritonitis von der Ausdehnung und Intensität, wie wir sie hier vorgefunden, würde unter gewöhnlichen Umständen ohne Zweifel ebenfalls hohes Fieber, starke Schmerzen, heftiges Erbrechen etc. hervorgerufen haben. Dieselbe Ursache, welche einen so reactionslosen Verlauf bei einer nicht geringfügigen Peritonitis nicht septischen Ursprungs bewirken kann, dürfte doch auch bei einer septischen Peritonitis dieselbe Wirkung haben können. Ich suche diese Ursache in der darniederliegenden Herzenergie, der mangelhaften Blutcirculation. Wo derartige Zustände in so hohem Grade vorhanden sind, dass intra vitam weit verbreitete intraarterielle spontane Gerinnungen des Blutes eintreten, da wird man wohl kaum hohe Fiebertemperaturen erwarten können. Wie ich das Fehlen des üblen Geruches erklären soll, weiss ich freilich nicht; aber eben so wenig weiss ich mir das Vorhandensein der beiden isolirten Abscesse in der Bauchwand in der Nähe der Wunde anders zu erklären, als durch Annahme einer Infection. Mir will es daher scheinen, dass die oben angeführten Gegengründe wohl gegen das Vorhandensein von *acuter* Sepsis sprechen, aber nicht gegen Sepsis an sich. Muss denn jede septische Infection acut verlaufen und foudroyante Erscheinungen setzen?

Referate.

H. Fridolin (St. Petersburg): Ueber den Einfluss der Gefängnisshaft auf die Gesundheit der Arrestanten. (Wratsch №№ 49—51. 1883.)

Vf. hat bereits mehrfach Berichte über seine Thätigkeit als Oberarzt des St. Pbg. Gefängnisses veröffentlicht. In der vorliegenden Arbeit giebt er die Resultate seiner Beobachtungen über 1454 Arrestanten, die bei der Aufnahme und beim Verlassen des Gefängnisses gewogen und gemessen worden.

Es erweist sich, dass bereits beim Eintritt in's Gefängniss das Durchschnittsgewicht um 5 Pfd. niedriger als die Norm ist, wie sie von Landzert angegeben worden (66,3 Klgrmm.).

Durch den Gefängnissaufenthalt leiden am Meisten Diejenigen, die in einem verhältnissmässig guten Ernährungszustande, im besten Alter eintreten. Je länger der Aufenthalt im Gefängniss dauert, um so mehr kommt die Ernährung herunter. P.

J. Godnew: Ueber Febris recurrens in Kasan I. (Tageblatt d. Gesellschaft Kasaner Aerzte № 18 und 19. 1883).

Diese Krankheit ist zuerst 1865 in Kasan beobachtet worden, wahrscheinlich ist sie von auswärts eingeschleppt. Seither hat sie die Stadt nicht mehr verlassen, da sie in dem Proletariat ein reiches Material an Opfern findet. Vf. gebietet über eine Anzahl von 2556 Fällen (der Jahre 1866—1882), die sich in folgender Weise auf die einzelnen Monate vertheilen: Januar 279, Februar 247, März 225, April 275, Mai 213, Juni 120, Juli 142, August 382, September 163, October 162, November 172, December 192.

Hieraus ersieht man, dass Recurrens am häufigsten in den Wintermonaten und dass ausserdem im April und August Steigerungen stattfanden. Das Minimum fällt auf Juni und Juli. Ferner hat sich Vf. die Mühe genommen zu prüfen, ob die meteorologischen Verhältnisse in irgend einer Beziehung zur Recurrens stehen, das Resultat war ein negatives. Den Hauptgrund der Endemie findet Vf. in der Armuth der niederen Bevölkerung und deren Zusammenleben in schmutzigen, antihygienischen, engen Wohnräumen. Die Patienten gehörten fast ausschliesslich zur niederen Bevölkerung.

[Zu Beginn seiner Arbeit giebt Vf. einen Ueberblick über die Verbreitung des Recurrens in Russland, doch finden wir darin den Fehler, dass angeblich erst 1857 die ersten sicher constatirten Fälle in Russland vorgekommen. Wir möchten Vf. daran erinnern, dass bereits 1833 in Odessa und 1840—1841 in Moskau Recurrensepidemien constatirt worden sind. Ref.]. P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Erich Harnack: Lehrbuch der Arzeneimittellehre und Arzeneiverordnungslehre. Auf Grund der III. Auflage des Lehrbuchs der Arzeneimittellehre von Rud. Buchheim und der Pharmakopoea germanica, ed. II, bearbeitet. Lieferung III. (Bogen 31 bis Schluss). Hamburg und Leipzig. Verlag v. Leopold Voss. 1883.

Ueber die ersten 2 Lieferungen dieses werthvollen Handbuches haben wir bereits in № 31 a. p. unserer «Wochenschrift» unsere Ansicht geäussert. Wir haben nur noch hinzuzufügen, dass es dem Vf. auch im letzten Theil des Buches gelungen, die Bearbeitung gut durchzuführen. Die zahlreichen Literaturangaben, sowie die Berücksichtigung der praktischen Bedürfnisse des Arztes wird bei den Collegen das Buch bald ebenso einbürgern, wie es mit dem «alten» Buchheim'schen Lehrbuche der Fall gewesen.

Für die warmen Worte des Vf., die er in seinem Vorworte dem verstorbenen Prof. Buchheim widmet, sagen wir dem Vf. im Namen der vielen B.'schen Schüler in Russland unseren Dank. P.

A c h s c h a r u m o w: Ergotismus. Poltawa 1883.

Bericht über eine im Jahre 1881 im Poltawa'schen Gouvernement beobachtete Endemie der Kriebelkrankheit.

Nur aus einem Kreise, von den 7, in denen sie geherrscht hatte, lagen genauere Daten vor. Von den 33 daselbst erkrankten Personen waren 6 gestorben. Einige der interessanteren Fälle sind etwas eingehender dargestellt, so u. a. einer, bei dem es sich um die gangränöse Form handelte, die Gangrän jedoch nicht blos einen Arm betraf, sondern in einigen Stunden auf grosse Abschnitte des Thorax überging und den Tod herbeiführte. Bei einem andern Fall, gemischte Form mit prädominirenden spasmodischen Erscheinungen, erfolgte der Tod durch Lähmung der Athemmuskeln. —s.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Geburtshülfliche Operationslehre von K. Stahl. II. Aufl. F. Enke, Stuttgart, 1883.
— Die Lehre vom erworbenen Plattfusse von Dr. A. Lorenz. — Mit 8 Tafeln, F. Enke, Stuttgart 1883.
— Der Torfmoos-Verband von H. Leisrink, W. Mielck und S. Korach. Mit 3 Abbild. L. Voss, Hamburg u. Leipzig, 1884.
— Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende von E. Kormann. — Mit 106 Holzschnitt. — H. Laupp, Tübingen, 1884.
— Lehrbuch der Auscultation und Percussion von Dr. C. Gerhardt. — IV. Aufl. — Mit 40 Holzschn. — H. Laupp, Tübingen 1884.
— Zur Kenntniss der Augenlinse und deren Untersuchungsmethoden von Dr. S. Robinski. — E. Grosser, Berlin, 1883.
— Diätetische Behandlung der Krankheiten des Menschen von J. Wiel. — Bd. II. Tisch für Lungenkranke von A. Biermann. Bd. III. Tisch für Fieberkranke von J. Uffelmann. Bd. IV. Tisch für Nervenkranke von O. Eyselein. H. Feller, Karlsbad. 1882 und 1883.
— Therapeut. Recept-Taschenbuch für venerische Krankheiten von J. Purgesz. — F. Enke, Stuttgart, 1883.
— Zeitschrift für Therapie: № 1. 2. — 1884.
— Revista medico-quirurgica № 16.
— Archives de médecine et de pharmacie militaires. № 1. 1884.
— La France médicale: 1884, № 1—6.
— Revista medico-quirurgica de Mexico № 10, 11.
— La gaceta de sanidad militar № 216.
— Giornale internazionale delle scienze mediche № 11.
— Canada medical and surgical journal № 5.
— Bulletin general de thérapeutique № 12.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 29. November 1883.

Die auf die Tagesordnung gestellte, von Dr. Schmitz beantragte Discussion über die an den St. Petersburger Hospitälern zur Zeit geübte Wundbehandlung wurde vom Antragsteller mit einigen Bemerkungen über den Nutzen der Besprechung solcher allgemeinen Fragen eröffnet. Nachdem Dr. Schmitz die antiseptische Methode als diejenige hingestellt, welche heutzutage fast überall die Alleinherrschaft an sich gerissen und nachdem er das Wesentliche dieser Methode kurz geschildert und auch sie bedeutendsten ihrer zahlreichen Modificationen namhaft gemacht hatte, ging er zur Schilderung der Wundbehandlung über wie sie zur Zeit in der unter seiner Leitung stehenden chirurgischen Abtheilung des Kinderhospital's des Prinzen von Oldenburg geübt wird. — Zunächst wurde die aseptische Operation und die Behandlung der durch sie gesetzten Wunde besprochen.

Die Vorbereitung des Kranken zur Operation ist die allgemein gebräuchliche: ein oder mehrere Reinigungsbäder, knappe Diät, ein Abführmittel Tags vorher; eine Darmausspülung mit nachfolgender Opiumgabe am Morgen des Operationstages. Die Desinfection der Hände und Vorderarme des Operateurs und der Assistenten geschieht mit Sublimat-Lösung 1 pro mille. Die Instrumente liegen, nach vorhergegangener Reinigung mit einer Bürste und sapo viridis in 3%tiger Carbollösung. Die Präparation der Schwämme findet nach der Frisch'schen Methode statt. Nachdem dieselben gründlich ausgeklopft, werden sie die erste Woche in täglich 3 Mal zu wechselndes warmes Wasser, die 2. Woche in 5% Carbollösung gelegt, darauf die 3. Woche wie die erste, und während der 4. Woche wie während der 2. behandelt; erst nach Ablauf dieser Zeit sind sie gebrauchsfähig. Nach jeder Operation werden sie sorgfältig ausgewaschen und darauf derselben Procedur wie die frischen unterworfen, jedoch auf kürzere Zeit. Nach Einleitung der Narcose, zu welcher stets *reines* Chloroform gebraucht wird (Redner beklagt sich sehr über die üblen Nachwirkungen desselben), und nach sorgfältigster Reinigung des Operationsfeldes mit Aether, sapo viridis, Rasirmesser, Bürste und 3%tiger Carbollösung wird zur Operation geschritten. Dr. Schmitz hebt hierbei den grossen Unterschied des früheren und des jetzigen Operirens hervor, der hauptsächlich in den jetzt gebräuchlichen grossen Schnitten und der gründlichen Ausräumung alles Krankhaften, besonders bei Gelenkresectionen besteht, und vindicirt dieser Art des Operirens einen grossen Theil der glänzenden Erfolge der Neuzeit. — Operirt wird im Oldenburger Kinderhospital schon seit Jahren ohne Spray, und sind seitdem keine schwereren Carbolintoxicationen vorgekommen; ersetzt wird der Spray durch von Zeit zu Zeit während der Operation vorgenommene Berieselungen der Wunde mit Sublimatlösung 1 pro Mille. Sublimatintoxicationen sind niemals vorgekommen. Zur Unterbindung blutender Gefässe wird selbstpräparirtes Catgut gebraucht: Gewöhnliche Darmsaiten liegen 12 Stunden in einer Lösung von Sublimat 1,0 in Spiritus 100,0 und Glycerin 40,0 und werden danach aufbewahrt in einer Lösung von Sublimat 1,0, Spiritus 400,0 und Glycerin 40,0. Das so zubereitete Catgut hat sich durchaus bewährt. Zur Naht wird Sublimat-Seide gebraucht und zwar meist geflochtene weil sie stärker ist. Sie wird zunächst ³/₄ Stunden in einer wässrigen 1% Sublimatlösung gekocht und darauf in einer 1‰ Sublimatlösung aufbewahrt. Diese Seide ist ausgezeichnet, bewirkt fast niemals Eiterung der Stichkanäle; bei einer vor kurzem ausgeführten Osteotomie lagen die Ligaturen 4 Wochen und bei Abnahme des Verbandes zeigte sich keine Spur von Eiterung. Statt der Knopfnähte ist seit 1¹/₂ Jahren die fortlaufende Naht sehr in Gebrauch, die, abgesehen von der Ersparniss an Material und wohl auch an Zeit, einen ganz vorzüglichen Schluss der Wunde und sehr schöne Narben giebt. Seit Beginn dieses Jahres ist in einer Reihe von Fällen die Kocher'sche Secundärnaht angewandt worden, und zwar mit gutem Resultat bei mehreren Osteotomien von welchen 4 (an beiden Femora und beiden Tibiae) an ein und derselben Patientin ausgeführt wurden. Die Nähte wurden nach 1, 2 und 3 Mal 24 Stunden geknüpft, stets kam absolute prima intentio zu Stande. — Weniger gut war der Erfolg bei einer Kniegelenksresection mit Volkmann'scher Querdurchmeisselung der Patella. 30 Stunden nach der Operation wurde die bis dahin mit Jodoformgaze austamponirte Wunde durch die Naht geschlossen, musste jedoch nach weiteren 4 Tagen wegen Secretansammlung nachträglich drainirt werden; jetzt trat ungestörte, fistellose Heilung ein. — Bei einer am 19. October dieses Jahres ausgeführten Hüftgelenksresection wegen schwerer tuberculöser Coxitis wurde der Jodoformtampon nach 24 Stunden entfernt, die Nähte geknüpft, jedoch ein Drain eingeführt: es trat bei fieberlosem Verlaufe volle prima intentio ein, Patientin geht bereits auf Krücken und hat eine ganz vortreffliche Beweglichkeit im Hüftgelenk ohne jegliches Schlottern. — Der Kocher'sche Wismuthtampon ist bisher noch nicht erprobt worden. — Die Drainage der Wunden findet stets mit Gummidrains statt; von den Neuber'schen resorbirbaren Drains hat Referent keine guten Erfolge gesehen. — Die Lage des Drains wird gesichert durch Annähen an die Wundränder, späterhin durch eine Insectennadel. Nachdem die Wundhöhle nochmals mit der 1‰ Sublimatlösung bis zum klaren Abflusse letzterer ausgespritzt worden, wird sie mit grossen Schwämmen stark comprimirt, die Umgebung gereinigt und dann der Verband angelegt. Direct auf die Nahtlinie kommt statt des Protectivs ein Streifen Jodoformgaze, darüber Bäusche von 3%iger Carbol- oder 1‰ Thymolgaze, darauf eine comprimirende Binde aus demselben Stoffe und endlich der Lister'sche Mantel, welcher nach Bedeckung seiner Ränder mit Salicylwatte durch Gazebinden fixirt wird. Zum Schutze des ganzen Verbandes gegen Durchnässung von aussen, umwickelt Dr. Schmitz denselben mit Binden aus gewöhnlicher *nicht* hygroskopischer Watte. — Weiterhin hebt Ref. die Wichtigkeit der Lagerung des Kranken zur Beförderung des Secret-Abflusses hervor und weist auf die günstigen Resultate der von Trendelenburg empfohlenen Bauchlage bei der Sectio alta hin. — Beim Verbandwechsel ist allgemeines Princip den ersten Verband wenn möglich bis zur Entfernung der Nähte liegen zu lassen, im Uebrigen wird der Individualität des Falles Rechnung getragen. Als späterer Wundverband werden in 3%iger Borsäurelösung getauchte Gaze-Compressen angewandt.

In Betreff der bereits inficirten Wunden fasst Referent sich kurz und empfiehlt auch hier ausgiebige Schnitte, gründlichste Ausräumung des Blutes, Desinfection mit Sublimatlösung 1 pro Mille und einen anfangs häufiger vorzunehmenden Wechsel des antiseptischen Verbandes. Zum Schlusse schlägt Dr. Schmitz den Collegen vor, über folgende Fragen sich aussprechen zu wollen:

1) Welche Mittel werden zur Narcose benutzt? Sind heftige Nachwirkungen beobachtet worden und was wird gegen solche mit Erfolg angewendet?

2) Welche Erfahrungen liegen vor über die resorbirbaren Drains, dessgleichen

3) über den Neuber'schen Dauerverband? sowie

4) über die Kocher'sche Secundärnaht und den Wismuth-Verband?

5) Hat das Sublimat als Desinficiens bei septischen Wunden Anwendung gefunden, und mit welchem Erfolge?

6) Sind bei Choc-Erscheinungen nach Operationen Infusionen einer Kochsalzlösung versucht worden?

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Dr. N. Toropow, der bekannte Redacteur des in Russland weitverbreiteten, von ihm in Gemeinschaft mit Herrn C. Ricker herausgegebenen ärztlichen Taschenkalenders, ist am 18. d. M. plötzlich verstorben.

— In Kronstadt ist der Marinearzt Dr. Edmund Trost im Alter von ca. 60 Jahren an einer Herzkrankheit gestorben. T., aus Kurland gebürtig, studirte von 1846—1852 in Dorpat Medicin und trat nach Beendigung seiner Studien als Arzt in den Marinedienst in Kronstadt, wo er als Ordinator am dortigen Marinehospital und Arzt einer Flottenequipage bis zu seinem Tode fungirte.

— Am 11. Januar verstarb in der Stadt Bjelew (Gouv. Tula) der dortige Landschaftsarzt Niolai Lukin am Typhus, welchen er sich bei der Behandlung einer Typhuskranken zugezogen hatte. Der Verstorbene hatte 14 Jahre an diesem Orte gewirkt und erfreute sich des Rufes eines tüchtigen Arztes und allgemeiner Beliebtheit.

— Am 5. Januar verschied in Alexandershöhe bei Riga der Director und Oberarzt der dortigen Anstalten Dr. Eduard Rutkowsky in Folge eines Schlaganfalles. Der Verstorbene stammte aus Kurland und studirte von 1852—1857 in Dorpat Medicin. Nach Erlangung des Doctorgrades im Jahre 1863 war R. als praktischer Arzt thätig, dazwischen aber auch mit wissenschaftlichen Studien und Erfindungen beschäftigt, bis er in der zweiten Hälfte der 70ger Jahre zu dem Amte berufen wurde, das er bis zu seinem Lebensende bekleidet hat. Die «Ztg. für Stadt u. Land» widmet ihm folgenden ehrenvollen Nachruf: «Ein jäher Tod hat in ihm einen Mann dahingerafft, der reich begabt, ja in gewisser Beziehung genial, durch den Druck der Verhältnisse an einen Wirkungskreis gebannt war, der weniger von ihm verlangte, als er unter anderen Verhältnissen hätte leisten können. Wir haben dabei die Studien und Erfindungen des Verstorbenen auf dem Gebiete der Mechanik im Sinn, mit denen er sich in den Dienst der Medicin, seiner Fachwissenschaft stellte und die ihm Anerkennung, aber keine Erfolge gebracht haben. Ein liebenswürdiger Arzt, ein geistvoller, unterhaltender Gesellschafter, ein Mensch von Humor, lauterer Gesinnung und biederen Umgangsformen, — so wird das Gedächtniss Rutkowsky's von Denen, die ihn kannten, bewahrt werden.»

— Am 16. Januar c. beging der Oberarzt des hiesigen Alexander-Hospitals Geheimrath Dr. Lopuschinski das Fest seiner 25jährigen Wirksamkeit als Oberarzt dieses Hospitals. Zu Ehren dieses Tages wurde von den Collegen und der Administration des Hospitals ein Festessen bei Borel veranstaltet.

— Die Münchener Universität hat den Prinzen Ludwig Ferdinand von Baiern zum Doctor medicinae honoris causa creirt. Von demselben ist vor Kurzem eine Abhandlung, welche den Titel trägt «Zur Anatomie der Zunge, eine vergleichend anatomische Studie» im Druck erschienen.

— Die diesjährige Versammlung des deutschen Congresses für innere Medicin, dessen erster Präsident Prof. Frerichs ist, wird aus Anlass des 25jährigen Jubiläums des Letzteren in Berlin stattfinden.

— Nach Galippe ist Zahncaries bei Knaben und Mädchen, welche sich für die Prüfung vorbereiten, sehr häufig, und er schreibt dies dem übermässigen Blutandrang gegen den Kopf zu, während Andere meinen, dass das Gehirn die Phosphate aufbraucht, welche zum Aufbau und Wachsthum der Zähne dienen sollen.
(W. med. Presse.)

— Dem im «Regierungs-Anzeiger» veröffentlichten 4. Bericht des nach Egypten abdelegirten Dr. Eck entnehmen wir:

1) Die Cholera-Epidemie ist seit dem 3./15. October pr. in ganz Egypten, mit Ausnahme von Alexandrien und des Dorfes Korete-Islam im Kreise Deiruth der Provinz Siut in Ober-Egypten, erloschen. Während der Epidemie ist in letzterem Dorfe kein Sterbefall vorgekommen, erst am 10. und 11. December pr. n. St. sind daselbst 14 Personen an der Cholera gestorben.

2) Zur Erleichterung des Truppentransports von Suez nach Suakim hat der Quarantaine-Conseil zu Alexandrien mittelst Beschlusses vom 4. December pr. die Quarantaine in Tor für Schiffe, welche aus Suez in die Häfen des Rothen Meeres fahren, aufgehoben und als Ort der Besichtigung derselben Suakim bestimmt.

3) Es wird beabsichtigt, den die medicinischen Angelegenheiten von ganz Egypten leitenden ärztlichen Conseil in Kairo in ein besonders zu diesem Zwecke beim Ministerium des Innern zu errichtendes Departement umzuwandeln, welchem ein aus Aerzten bestehendes berathendes Comité beigegeben werden soll. Die Frage in Betreff des Quarantaine-Conseils in Alexandrien ist noch nicht entschieden. Da jedoch beide Conseils — der Quarantaine- und ärztliche — gleichzeitig eingerichtet wurden und in einer bestimmten Beziehung zu einander stehen, durch die Aufhebung des einen aber eine Aenderung in der Stellung des andern erfolgen könnte, so wird das dortige diplomatische Corps dafür Sorge zu tragen haben, dass solche Neuerungen, welche die gegenwärtige Bedeutung des Quarantaine-Conseils herabsetzen würden, verhindert werden.

— Dr. J. Barton empfiehlt bei der *Trichinose grosse Dosen Glycerin*, da lebende Trichinen erfahrungsgemäss durch Glycerin schrumpfen und absterben.
(Coll. and Clin. Rec. — Med.-chir. C.-Bl.)

Vacanzen.

I. Vacanzen für Aerzte im Militair-Ressort: 1) *Corps-Aerzte* im 2. und 14. Armee-Corps. 2) *Brigade-Aerzte* in der 2. und 5. Sappeur-Brigade (Wilna und Odessa). 3) *Aelterer Ordinator* am Eriwan'schen Hospital. 4) *Aeltere Aerzte*: im 1. Sappeur Bataillon (Petersburg); im 27. Reserve-Bataillon (Brest-Litowsk); im 2. Schützen-Bataillon (Skernewice); im 33. Isum'schen Dragoner-Regiment (Luzk); im 13. und 14. Sappeur-Bataillon (Odessa); in Geok-Tepe im örtlichen Lazareth; im 151. Pjatigorsk'schen Regiment (Ardaghan); im Stawropol'schen Cadre-Bataillon; im 1. Sibirischen Militair-Bataillon. 5) *Kreisarzt* in Chodsheut.

Die älteren Aerzte beziehen an Gehalt 414 Rbl., an Tafelgeldern 553 Rbl. 20 Kop., Quartiergelder nach der örtlichen Bestimmung, sowie eine Zulage nach fünfjährigem Dienst.

Die Vacanzen der jüngeren Aerzte werden mit Stipendiaten besetzt, welche ihren Cursus absolvirt haben.

II. Vacanzen im Civil-Ressort: *Stadtärzte* in Welish, Wolkowysk, Tscherikow und Tschaussy.

Im Orenburg'schen Gouvernement sind Vacanzen für 14 Hebammen (Gage 50 Rbl. und Fahrgelder 30 Rbl. jährlich) und 17 Feldscheerer (120 Rbl. Gage und 50 Rbl. Fahrgelder p. a.). Progongelder werden nicht gezahlt. (Russkaja Medicina.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 15. Januar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3067	1831	4898
Kinderhospitäler	161	152	313
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	355	140	495
Scharlach	29	26	55
Pocken	4	9	13
Venerische Krankheiten	513	421	934

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 14. Januar 1884 besucht von 2822 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1395.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 8. bis 14. Januar 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
394	319	713	167	67	110	17	10	22	87	49	47	50	43	38	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 36, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 3, Masern 11, Scharlach 14, Diphtherie 16, Croup 1, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 2, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, andere Gehirnkrankheiten 29, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 115, Lungenschwindsucht 105, andere Krankheiten der Brusthöhle 12, Gastro-intestinal-Krankheiten 129, andere Krankheiten der Bauchhöhle 28, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 32, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2, Mord 2.

— Andere Ursachen 15.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	23—29 Dec.	181 732	85	6	24,4	7,0	38,2
Kopenhagen	25 Dec.—1 Jan.	258 000	113	6	22,8	5,3	53,8
Berlin	30 Dec.—5 Jan.	1 192 203	534	92	23,3	17,2	45,0
Wien	23—29 Dec.	749 762	351	36	24,8	10,2	33,8
Brüssel	23—29 Dec.	166 351	70	8	21,9	7,1	31,6
Paris	28 Dec.—3 Jan.	2 239 928	1017	121	23,6	11,9	28,1
London	30 Dec.—5 Jan.	3 955 814	1663	229	21,6	13,7	38,4
St. Petersburg	6—12 Januar.	928 016	698	57	39,1	8,2	37,9

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. Januar 1884.

Въ Книжномъ Магазинѣ К. Л. РИККЕРА, Невскій пр. № 14, поступилъ въ продажу.

ВѢСТНИКЪ
КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХІАТРІИ И НЕВРОПАТОЛОГІИ.

Повременное изданіе подъ редакціей проф. **И. П. Мержеевскаго**

годъ 1, вып. 2.

Съ 1 фотографической и 1 хромолит. таблицами.

Цѣна 3 р. 30 к., съ перес. 3 р. 60 к.

Цѣна 1-го года въ двухъ выпускахъ 6 руб. съ доставкою и пересылкою.

Содержаніе: I. ПСИХІАТРІЯ. О двустороннихъ галлюцинаціяхъ, носящихъ неодинаковый характеръ на той и другой сторонѣ д-ра **Маньяна**. — Къ вопросу объ алкоголизмѣ, проф. **И. П. Мержеевскаго**. — Задачи гигіены воспитанія въ возрастѣ перваго дѣтства, доцента **И. А. Сикорскаго**. — Къ статистикѣ помѣшательства въ Россіи. **М. П. Литвинова**. II. НЕВРОПАТОЛОГІЯ. Односторонняя прогрессивная атрофія лица, наблюденіе, проф. **И. Мержеевскаго** и доцента **А. Эрлицкаго** (съ 1 таб. фотографій). — О вліяніи голоданія на нервные центры, д-ра **П. Розенбаха** (съ 1 таб. раскр. рис.). — О явленіяхъ слѣдующихъ за перерѣзкой зрительныхъ волоконъ внутри мозговыхъ полушарій (въ сосѣдствѣ задняго отдѣла внутренней капсулы), приватъ-доцента **Б. Бехтерева**. — Можетъ ли быть признана затылочная часть мозговой коры за исходную точку эпилептическаго приступа? (Экспериментальное изслѣдованіе изъ лабораторіи проф. Г. Мунка), **С. Данилло**. — Къ ученію о противуэпилептическомъ вліяніи бромистаго калія, д-ра **П. Розенбаха** — РЕФЕРАТЫ. III. КРИТИКА и БИБЛІОГРАФІЯ. IV. НОВОСТИ и СМѢСЬ. 16 (1)

Neurologisches Centralblatt.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystems einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 9 Rbl., mit Porto 10 Rbl. Bestellungen übernimmt die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg.

ВѢСТНИКЪ
САДОВОДСТВА, ПЛОДОВОДСТВА И ОГОРОДНИЧЕСТВА.

Содержаніе Январьской книжки 1884 года.

Calendula sicula Cyr. Ноготокъ Сицилійскій — Э. Л. Регеля. (Съ хромолитографіею). — Культура растеній въ комнатахъ безъ земли и соляныя удобренія — А. Б. Ордынскаго. — Сообщенія любителей: 1) Князя Н. Н. Еникѣева: а) фруктовые сады б) дикарка или дикая рѣдька. 2) Н. Мальма, наблюденіе надъ культурою Anthurium magnificum и Eucalyptus Globulus въ комнатахъ. 3) Н. Смирнова, нѣсколько словъ о разведеніи ландышей въ садахъ. Гимнограммы — Розанъ »Star. of Waltham« (Съ хромолитографіею). — Садоводство на сѣверѣ Россіи — А. Кузнецова. Растенія, заслуживающія вниманія любителей. — Э. Л. Регеля. (Съ политипажами). — Сравнительное достоинство различныхъ породъ радиса. (Rhaphanus sativus radicula). — М. В. Рытова. — Новыя растенія. (По иностраннымъ журналамъ, вышедшимъ 1 Декаяря 1883 г. н. с.) — П. Е. Волкенштейна. — Kämpferia Gilberti h. Bull. Кэмферія Гильберта — Э. Л. Регеля. (Съ рисункомъ). — Sarracenia melanorhoda h. Veitch. и S. formosa h. Veitch. Сарраценія черножилистая и Сар. пригожая — Э. Л. Регеля. (Съ рисункомъ). — Библіографія. — П. Е. Волкенштейна. — Хроника и мелкія извѣстія. — Наша переписка съ читателями „Вѣстника". — Вопросы и отвѣты. — О сѣмянахъ, прилагаемыхъ къ Январьской книжкѣ Вѣстника Садоводства 1884 г. — Дни засѣданій Имп. Рос. Общ. Садоводства въ 1884 г. — Составъ Правленія Импер. Россійск. Общ. Садоводства. — Объявленія.

Подписная цѣна за годъ 8 руб., съ доставкою или пересылкою; за полгода 4 руб.

Подписка принимается въ Книжномъ Магазинѣ **К. Риккера**, Невскій пр., 14 и въ Конторѣ **А. Ф. Девріена**, Румянцовская площ. 1/5, въ С.-Петербургѣ. 14 (1)

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Lehrbuch für Heildiener.

5 (1)

Mit Berücksichtigung der Wundenpflege, Krankenaufsicht und Desinfection von Dr. **Wernich**.

1884. gr. 8. Mit 30 Holzschnitten 2 M. 40 Pf.

Medico-mechanisches INSTITUT.

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Passive und active Bewegungscuren.
Diätetische Muskelübungen.
Orthopädische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und andere Deformitäten.

Saison vom 1. September bis 1. Mai.

Empfang täglich 11 Uhr.

139 (11) Dr. W. Djakowsky.

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

10 (11)

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

Wasserheilanstalt

DES

Dr. Fränkl,

gew. Assistent des Professor Winternitz in Wien.

Michaelplatz 11, nächst d. Adelsklub.

Wasserkur, schwedische Heilgymnastik und Massage.

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3—6, Magazin 7.

Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und **-Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf verlangen jederzeit zur Verfügung. 8 (8)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 19 Января 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.
IN ST. PETERSBURG. IN DORPAT. IN ST. PETERSBURG.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 4. **St. Petersburg, 28. Januar (9. Februar)** **1884.**

Eine abscedirende hämorrhagische Cyste der Bauchhöhle von zweifelhafter Herkunft.

Von

Dr. E. Moritz.

Im Octoberheft der in Moskau erscheinenden «Medicinischen Rundschau» (Medizinskoje Obosrenje) findet sich eine Mittheilung von A. S. Parzewski: *Milzabscess, geheilt durch Aspiration.* Der unter diesem Titel berichtete Fall erinnerte mich lebhaft an einen in vielen Stücken sehr ähnlichen, welcher in den Jahren 1878—79 auf der chirurgischen Abtheilung d. weibl. Obuchow-Hospitals beobachtet wurde und schliesslich zur Section kam. Es war gleich damals beabsichtigt die betreffende Krankheitsgeschichte zu veröffentlichen, weil der Fall manche Besonderheiten darbot, — indessen verzögerte sich die Sache; der in erster Stelle dazu berufene College Dr. Wiesel, auf dessen Abtheilung die Kranke gelegen, erkrankte am Flecktyphus und starb, bevor er die Arbeit ganz abgeschlossen hatte. Unter seinen hinterlassenen Papieren fand ich dieselbe im Concept nahezu fertig vor und nehme nun von dem Parzewski'schen Falle Veranlassung, auch den unsrigen zu veröffentlichen, um so mehr als er geeignet scheint manche Verhältnisse in anderem Lichte erscheinen zu lassen, als es der Autor thut. Namentlich, — was ich gleich hier bemerken will, — dürfte es nach Vergleichung beider Fälle sehr gewagt sein, den Parzewski'schen Patienten als geheilt zu bezeichnen, nur weil er etwa 3 Monate nichts von sich hat hören lassen.

Die Krankengeschichte gebe ich soviel als möglich wörtlich nach den Aufzeichnungen des verstorbenen Collegen Wiesel, mit dem ich oft die Kranke gemeinsam untersucht habe; zeitweilig hat Dr. Potozki (während Dr. Wiesel's Abcommandirung an die Donau) das Krankenjournal geführt [1]).

Maria Iljina, 43 J. alt, Köchin, wurde im Obuchow-Hospital aufgenommen 6. Sept. 1878.

Die Anamnese ergiebt bezüglich ihres gegenwärtigen Leidens das Folgende: Anfangs April erkrankte sie, bis dahin völlig gesund, an einer fieberhaften Krankheit, wobei sie Kreuzschmerzen, Hitze, Husten, Erbrechen und trägen Stuhlgang hatte. Im Beginn der 2. Woche ihrer Krankheit bemerkte sie eine Geschwulst in der Magengegend, nachdem sie in dieser Gegend einige Tage lang Stiche gehabt hatte. Am 22. April trat sie in diesem Zustand in's Alexander-Hospital, woselbst bei der Aufnahme die Milz als geschwellt und stark prominent bezeichnet, nach einigen Tagen jedoch der Tumor für eine (wahrscheinlich Echinokokkus) Cyste des linken Leberlappens erklärt wurde. — Im Laufe von 14 Tagen verloren sich dort allmälig die Beschwerden, doch blieb der fühlbare starke Tumor und eine ausgedehnte Dämpfung in der Milzgegend zurück, und so verliess sie am 6. Juli das Alexanderhospital. Nachdem sie 2 Monate lang ihrem Erwerb nachgegangen, fand sie sich doch durch Lendenschmerzen, Druck in der Magengegend, Schmerzen im Tumor so belästigt, dass sie eben wieder in's Hospital, diesmal also in das Obuchow'sche, eintrat.

Zu erwähnen ist noch, dass Patientin im Jahre 1869 in unserm Spital tracheotomirt und nach Entfernung der Canüle gesund entlassen wurde, — die Narbe ist lineär.

Pat. ist von kleinem Wuchs, aber kräftig gebaut, musculös, gut genährt und im Besitz eines ganz ansehnlichen Fett-

[1]) Eine Arbeit von D. Zuber in der Revue de Médecine 1880 über perisplenische Abscesse enthält keine dem unsern ähnliche Fälle.

polsters, Haut und Sclera beiderseits gelblich, jedoch nicht deutlich icterisch. Die Menses sind stets regelmässig gewesen.

In der Magengegend befindet sich eine Geschwulst, welche sich unter dem linken Hypochondrium halbkugelig hervordrängt. Die Hautdecken normal, die Bauchwand über der Geschwulst verschiebbar, bei ergiebigen Athembewegungen bewegt sich die Geschwulst unabhängig von derselben auf und nieder. In der Rückenlage bei angezogenen Schenkeln fühlt sich die Geschwulst ziemlich fest und glatt an, mit undeutlicher tiefer Fluctuation; ihr Rand steht 2 Querfinger über dem Nabel und überragt die Medianlinie ein wenig nach rechts; hier zieht er sich nach oben und geht über in eine andere tiefliegende, massige Härte, welche augenscheinlich der linke Leberlappen ist. Nach links verschwindet die Geschwulst unter dem Rippenrand an der 11. Rippe; der untere Theil der linken Thoraxhälfte ist weiter, stärker ausgedehnt als rechts. Die ausgedehnte Dämpfung dieser Region geht nach oben über in die des Herzens, welches etwas nach oben dislocirt ist, weiter nach rückwärts zieht die obere Dämpfungsgrenze auf der 5. Rippe (Axillarlinie) zum Scapularwinkel und ist nirgends von der Milz abzugrenzen. Die Leber ist rechts nicht vergrössert, aber der l. Lappen überragt zwischen Mamillar- und Medianlinie den Rippenbogen um 3 Querfinger. Auf den Lungen überall sonore Percussion und Vesiculär-Athmen, welches links h. und axill. bis zur Dämpfungsgrenze reicht; hier an der Grenze hört man leichten Affrictus, — unterhalb der 5. Rippe gar kein Respirationsgeräusch. Herztöne rein. Alle Functionen in Ordnung.

Bei genauer Untersuchung in verschiedenen Stellungen — sitzend, liegend, abwechselnd rechts und links, à la vache, stehend — überzeugt man sich, dass in der linken Pleurahöhle ein flüssiges Exsudat nicht besteht, dass in der Bauchhöhle freie Flüssigkeit nicht vorhanden, dass die Geschwulst sowohl durch ihre Schwere als auch bei tiefer Inspiration sich ein wenig senkt, dass zwischen Geschwulst und Bauchwand keine Därme liegen und dass der Magen nach unten unter die Geschwulst dislocirt ist. Ferner, dass die Oberfläche der Geschwulst sowie des anstossenden vergrösserten linken Leberlappens keinerlei Unebenheiten oder Härten darbietet und bei Druck nicht empfindlich ist.

Von subjectiven Beschwerden ist nur zu erwähnen: Schmerz in der Lendengegend, Uebelkeit und Magendruck nach dem Essen. Die Temp. ist normal, Puls desgleichen. Unsere Diagnose schwankte hauptsächlich zwischen Echinokokkus-Cyste und Milzabscess nach Recurrens; Sicherheit konnte nur die Punction bringen.

Am 23. Sept. Punction der Geschwulst mit einer mittelstarken Nadel des Dieulafoy'schen Apparats an der prominentesten Stelle nahe dem Rippenbogen. Die Richtung des Stiches war schräg nach hinten, links und etwas aufwärts. Nachdem die Nadel eine Strecke durch resistentes Gewebe hindurchgedrungen, gelangte sie in einen weiten Hohlraum, in dem sich ihre Spitze frei bewegte; — nun wurden durch langsames Auspumpen 2 Pfd. einer braunen, gelblich schäumenden Flüssigkeit entfernt, welche nach Aussehen und Consistenz vollkommen richtigem englischem Porter glich. Da die Kranke während des Auspumpens anfing über Schwäche und Schwindel zu klagen, begnügten wir uns mit der angegebenen Flüssigkeitsmenge, obgleich die Nadelspitze noch völlig freien Spielraum in der Höhle hatte.

Die Nadel war auf 3/4 ihrer ganzen Länge eingeführt gewesen, und bei ihrer Entfernung fand sich kein Blut, weder in ihrem Oehr noch aus dem Stichcanal. Die Geschwulst war bedeutend zusammengefallen, so dass sie kaum unter dem Rippenbogen hervorstand und sich fester anfühlte.

Die ausgepumpte Flüssigkeit, von den Collegen Albrecht und Assmuth untersucht, zeigte spec. Gewicht 1016, schwach alkalische Reaction, dunkle grünlichbraune Farbe und süsslichen Geruch. Beim Filtriren bleibt auf dem Filter ein nur geringer Rückstand; im Filtrat wird Eiweiss nachgewiesen und Gallenfarbstoffe. Unter dem Mikroskop finden sich rothe Blutkörperchen sowohl von normaler Form, als geschrumpfte und unregelmässig gestaltete, — runde weisse Blutkörperchen (nicht sehr gross) und viel flache Epithelialzellen — keine Echinokokkus-Haken. Nach diesem Befund waren nur Blutbestandtheile sicher erwiesen, während die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Cyste mit den Gallenwegen allerdings offen blieb. Echinokokkus war es sicher nicht.

Vom 23. Sept. bis 3. Oct. gutes Allgemeinbefinden, Normaltemperatur, keinerlei locale Entzündungserscheinungen. Schwere und Druck im Hypochondrium haben sich vermindert; der Lendenschmerz dauert fort und allmälig beginnt die Geschwulst wieder zu wachsen.

Am 3. Oct. zweite Punction an derselben Stelle und in derselben Richtung wie die erste; Entleerung von 3 Pfd. Flüssigkeit derselben Beschaffenheit wie die erste. Während der Auspumpung retrahirte sich die Geschwulst zusehends mehr und mehr und die eingeführte Nadel drehte sich im Einstichspunct allmälig mit der Spitze nach oben. Durch diese Entleerung verkleinerte sich die Geschwulst derart, dass sie nur mit einiger Mühe unter dem Rippenbogen fühlbar war und die obere Dämpfungsgrenze um 1—1½ Ctm. sank. Nun war auch zwischen dem vergrösserten linken Leberlappen und der Geschwulst- (resp. Milz-) Dämpfung deutlich helltympanitischer Magenton zu erkennen. Am Tage der Punction fühlte Patientin im Stichcanal sowie überhaupt in der Magengegend stechende Schmerzen; die Temperatur blieb normal. Durch Eis wurden die Schmerzen bald gelindert.

Nach der 2. Punction verbrachte Patientin den October, November und December im Hospital. Patientin fühlte weniger Druck im Hypochondrium, alle Functionen gingen regelmässig von Statten, die gelbliche Hautfärbung schwand; — nur zeitweise klagte sie über Schmerz in den Lenden und in der linken Seite. Im December vergrösserte sich die Geschwulst wieder bis zu ihrer früheren Grösse.

1879 am 4. Jan. fühlte Pat. plötzlich Schmerz im Epigastrium und Auftreibung des Leibes; es folgte Uebelkeit und 4maliges Erbrechen. Bei Untersuchung zeigte sich der Leib gespannt, sehr druckempfindlich, die Geschwulst am Rippenbogen war verschwunden, an ihrer Stelle gab es tympanitischen Percussionsschall. Puls 88; Temp. 37,0.

5. Jan. Puls 64; Temp. 36,8. Uebelkeit und Erbrechen haben sich nicht wiederholt; normaler Stuhl.

In den folgenden Tagen minderten sich allmälig die

Schmerzen und die Aufgetriebenheit; nur tiefer Druck im linken Hypochondrium bleibt noch empfindlich.

14. Jan. Die Geschwulst ist wieder 1 Querfinger unter dem Rippenbogen prominent, palpabel.

26. Jan. Die Geschwulst prominirt 2 Querfinger, ist nicht mehr empfindlich, und Pat., die sich im Allgemeinen ziemlich wohl fühlt, verlässt das Hospital.

Wie später eruirt wurde, hat Patientin nach ihrer Entlassung wieder Dienste genommen und bis zum 15. April gearbeitet; von dann ab zeigten sich wieder Schmerzen in der Geschwulst, die sie nöthigten am 20. April wieder in's Hospital einzutreten.

Bei der Aufnahme findet sich immer noch ein ziemlich guter allgemeiner Ernährungszustand bei jedoch verminderter Muskelkraft. Patientin klagt über Appetitmangel, Uebelkeit, Zusammenlaufen von Speichel im Munde. Die unter dem Rippenbogen vordrängende Geschwulst ist hart, zeigt keine Unebenheiten, ist nur bei Athembewegungen etwas verschiebbar, zeigt keine deutliche Fluctuation. Percussionsdämpfung in der Axillargegend von der 6. Rippe bis zum Rippenbogen, hinten vom Angulus scapulae bis zur 12. Rippe, in der Mamillarlinie von der 5. Rippe bis 2 Querfinger unter den freien Rippenbogen; bei tiefer Palpation fühlt man den Rand der Geschwulst sich nach der 11. Rippe hinziehen. Rechter Leberlappen nicht vergrössert, der linke und die Milz fliessen mit der Geschwulst-Dämpfung zusammen; der Magen nach unten verdrängt.

Patientin blieb bis 3. Aug. im Hospital. Der obige Befund hielt sich die ganze Zeit ziemlich gleich, sie klagte nur über vorübergehende Uebelkeit, Schmerz in den Lenden und in der linken Seite. Alle Functionen waren normal. Nachdem sie 11 Tage ausserhalb des Hospitals zugebracht, trat sie am 14. Aug. zum 3 Mal ein. Sie ist unterdessen abgemagert, klagt etwas über Kurzathmigkeit ohne Husten. Gelblich-graue Gesichtsfarbe; nirgend Oedeme oder hydropische Ergüsse in den Körpertheilen. Gefühl von Schwere im linken Hypochondrium, dumpfer Schmerz bei Druck auf die Geschwulst. Durch Percussion finden sich die Grenzen der Geschwulst gegen früher kaum verändert.

Herstoss im 4. I. c. R. undeutlich palpabel, Töne überall rein, aber schwach.

Geschwulstoberfläche glatt, gespannt, ziemlich deutlich fluctuirend.

18 Aug. Dritte Punction mit dem Dieulafoy dicht am freien Rippenrande etwas nach innen von der Mamillarlinie; 6 Pfd. einer dicklichen, chocoladenfarbenen Flüssigkeit. In derselben keine Gewebstrümmer zu erkennen, weit mehr lymphoide Zellen (Eiterkörperchen) als früher, im übrigen von gleicher Zusammensetzung. Der Thoraxumfang über der grössten Höhe der Geschwulst betrug vor der Punction $84^1/_2$ Ctm., nach derselben $79^1/_2$ C. Die obere Dämpfungsgrenze sank um 1 Ctm., die kugelige Prominenz zog sich bis unter den Rippenrand zurück, wo sie auch im Liegen noch palpabel blieb. Nach der Punction Erleichterung der Dyspnoe und des Druckgefühls, kein Fieber.

Vom 27. Aug. bei mässigen Schmerzen in der Lumbalgegend, dem Epigastrium und der linken Seite begann Pat. zu fiebern. Morgentemperaturen 36,5—37,5, Abends 37,3 bis 38,7, nur am 7. Sept. bis 39,8; Puls regelmässig, 88. Dabei verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden, kein Appetit, Schwäche, Patientin liegt meist zu Bett.

Am 15. Sept. war die Temp. wieder normal und blieb es auch weiterhin, bei ziemlich gutem subjectivem Befinden; trotzdem nahm die Geschwulst stetig zu.

Am 23. Sept. steigerten sich die Schmerzen in der Geschwulst und es stellte sich Durchfall ein. Letzterer stieg bis auf 5 Stühle täglich, wobei am 28. Sept. eine deutliche Abnahme der Geschwulst constatirt wurde, welche sich nur in der Tiefe hinter dem Rippenbogen mit einiger Mühe durchfühlen liess; — sie blieb in dieser Gestalt bis zum Tode. Der Unterleib etwas aufgetrieben, wenig druckempfindlich. Patientin wurde nun rasch schwächer, anämisch, magerte ab, klagte über Schwindel, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Singultus. Die Schmerzen in der Geschwulst sehr wechselnd, jedoch niemals sehr stark.

Die Temper. blieb hiebei zunächst normal, sank aber bald weit unter die Norm: am 19. Oct. M. T. 35,2, A. T. 35,5; am 22. Oct. M. T. 34,5, A. T. 35,5; 23. Oct. M. T. 34,6, A. T. 35,0. Am 24. Oct. starb Patientin.

25. Oct. *Section.*

Schädel nicht eröffnet.

Brusthöhle. Die linke Lunge aufwärts verschoben, an ihrer Basis mit dem Zwerchfell verwachsen. Im Uebrigen beide Lungen und das Herz völlig gesund.

Bauchhöhle. Nach Spaltung der Bauchdecken finden sich die vorliegenden Eingeweide: Dünndarm, Colon und Magen von dickem eitrigem Exsudat bedeckt. Beide Blätter des Peritonäum getrübt, injicirt, — an vielen Stellen leichte Verklebungen. Die nun von vorn blossgelegte Geschwulst ist allerseits fest verwachsen: oben — mit dem Diaphragma, links mit der innern Oberfläche der Milz, rechts mit dem linken Leberlappen, dem Magen, dem Schwanz des Pankreas und mit dem Netz, unten mit dem Colon transversum. Diese Verwachsungen sind sehr fest, lassen sich mit dem Finger nicht lösen und stellen vollkommen organisirtes Bindegewebe dar. Die *Geschwulst* ist oval, mässig gespannt, von der Grösse eines Kindskopfs und präsentirt sich nach ihrer Eröffnung als ein weiter, mit dickem grauem Eiter gefüllter Sack. Die Wände sind von ungleicher Dicke (bis 3 Mm.); zur Dicke der Wände tragen bei die bindegewebigen Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Die Innenfläche des Sackes ist uneben, von fibrinösen Niederschlägen bedeckt und stellweise durch alten Blutfarbstoff pigmentirt. Der Sack hat an einigen Stellen Vorwölbungen, von denen die eine (grössere) divertikelartig um den untern Rand der Milz sich umgebogen hat; an dieser Stelle hat letzterer eine seichte Einkerbung. In einer dieser Vorwölbungen findet sich eine für eine mittlere runde Sonde durchgängige Oeffnung, welche in's Colon transversum führt, an der Stelle wo dasselbe fest mit dem Sack verwachsen ist. Eine zweite Perforation findet sich im Sack rechts unten; durch dieselbe dringt eine dicke Sonde in schräger Richtung frei in die Bauchhöhle zwischen Magen und Pankreas. Aus diesen Oeffnungen ergiesst sich bei Druck der Inhalt des Sackes.

Der rechte Leberlappen ist sehr klein, abgerundet, nach hinten oben verschoben. Der linke ist doppelt so gross wie der rechte, hat abgerundete Ränder, ist nach rechts und unten umgebogen, so dass sein Rand etwa unter die Gallenblase zu liegen kommt. Lebergewebe normal, die Capsel

stellweise etwas verdickt, in der Gallenblase normale dunkle Galle.

Milz etwas vergrössert, Gewebe normal, die Capsel überhaupt etwas dick, ist an der Innenfläche mit der festen und dicken Cystenwand vollständig verschmolzen. Der Magen klein, contrahirt, enthält nur etwas Schleim und einige Kransbeeren (Moosbeeren); seine Mucosa normal. Die hintere Fläche an der kleinen Curvatur fest verwachsen mit dem Sack. Das Colon transversum ist im obern Theil seiner hintern Wand auf 2" mit dem Sack verwachsen und zeigt an dieser Stelle die oben beschriebene Perforation.

Der Darmcanal im Uebrigen normal, die Nieren desgleichen.

Wenn wir nun den vorliegenden Fall epikritisch betrachten, so ist er von dem Augenblick an, als er in ärztliche Behandlung kam, vollkommen klar und nicht complicirt; gleichzeitige anderweite pathologische Zustände, die nicht von dem Grundleiden abhängig gewesen wären, gab es nicht. Patientin trat bereits im April 1878 in's Alexanderhospital mit einer Geschwulst der Bauchhöhle; im Herbst desselben Jahres erwies sich, dass diese Geschwulst eine dickwandige Cyste der Milzgegend war mit dickflüssigem Inhalt, der vorwiegend aus verändertem Blut bestand mit geringer Beimischung von Eiter. Im weitern Verlaufe nahm der Cysteninhalt mehr eitrige Beschaffenheit an, zuletzt kam es zur Perforation des Abscesses in das Colon und die Peritonäalhöhle, dadurch zu Durchfall, schliesslich ausgebreiteter Peritonitis und Tod. Es kann nach dem Resultat der Section, welche im Uebrigen vollkommen gesunde Organe constatirte, nicht zweifelhaft sein, dass radicale Heilung möglich, vielleicht wahrscheinlich gewesen wäre, wenn man sich zu einer Radicaloperation durch Schnitt unter antiseptischen Cautelen entschlossen hätte. Wiederholt wurde diese Frage Gegenstand der Discussion zwischen den Collegen. Was jedoch uns bestimmte davon abzustehn, war das vortreffliche Allgemeinbefinden, der Erfolg der Punctionen und die scheinbare «Heilung», welche es der Patientin möglich machte 3mal das Hospital zu verlassen: Juli—Sept. 1878, Januar—April 1879 und 3.—14. Aug. 1879. Als Patientin im Januar 1879 fortging, konnte man sie mit eben so gutem Recht für geheilt erklären, wie den Patienten P a r z e w s k i's, — soweit aus der Beschreibung des Letzteren hervorgeht. Bei ihr sowohl als bei dem Letzteren persistirte aber der Tumor, wenn auch erheblich kleiner, und mir scheint in beiden Fällen eben der persistirende Abscess doch gegründete Zweifel an der Heilung zu rechtfertigen; in unserm Falle ist das Ende bekannt, — im andern nicht.

In unserer Krankheitsgeschichte ist nur die Episode vom 4. Januar 1879 nicht völlig aufgeklärt, als unter stürmischen subjectiven Erscheinungen der Tumor plötzlich verschwunden war und erst nach 10 Tagen wieder sich unter den Rippen vorzudrängen begann. Dass es sich um eine plötzliche Entleerung des Sackes gehandelt hat, kann wohl kaum zweifelhaft sein, jedoch ist nicht deutlich, wohin, — ob in den Darm? Die bei der Section vorgefundene Communication mit dem Colon schien jüngern Datums, auch entsprach der weitere Verlauf nicht ganz dieser Annahme.

Abgesehen von diesem Intermezzo ist der Verlauf aufgeklärt, dagegen die Entstehung der Geschwulst ganz dunkel. — Während des Lebens war sowohl Wiesel's als meine Diagnose: hämorrhagischer Milzinfarct während eines Recurrens-Anfalles, Bildung einer grossen Blutcyste, die wegen Beimischung von Zerfallproducten allmälig sich in einen Abscess umwandelt. Ich bin allerdings geneigt diese Auffassung auch jetzt noch aufrecht zu halten, obgleich bei der Section eine *ganz intacte Milz* gefunden wurde. In der That fanden sich alle umliegenden Organe (ausser den Verwachsungen) normal! Da es nun aber wohl unstatthaft ist anzunehmen, diese Geschwulst habe sich von vornherein frei in der Bauchhöhle gebildet, so muss doch mit Wahrscheinlichkeit eines der drüsigen Organe den Mutterboden gebildet haben; eine von Magen, Darm oder Netz ausgegangene Blutung hätte sicher nicht zu einer so abgekapselten und tief nach hinten sitzenden Cyste geführt.

Wegen Abdrängung und Umrollung des linken Leberlappens nach unten und rechts scheint mir auch dieses Organ freizusprechen, und es bleibt eben nur die Milz übrig, in welcher erfahrungsgemäss öfter Abscesse und Hämorrhagien vorkommen. Insbesondere sind hämorrhagische zerfallende Recurrens-Infarcte vielfach beobachtet und beschrieben (cf. K e r n i g, St. Petersb. med. Zeitschr. 1867, Bd. 12), und ich selbst habe solche mehrmals auf dem Sectionstisch gesehn. Der Umstand, dass die Milz bei der Section völlig intact in einer dicken, schwieligen Capsel gefunden wurde, scheint mir auch kein hinreichender Gegenbeweis. Zwischen dem muthmaasslichen Bluterguss in einem Recurrensinfarct und der Section liegen über 1½ Jahre. Nehmen wir an, dass ein kleiner und peripherer Infarct am obern Rande der Milz Sitz einer starken Blutung war, die vielleicht einige Tage lang schubweise sich vergrösserte und dann stand, so lässt sich wohl denken, dass nun sich allmälig die Wände der so entstandenen Höhle verdickten, später eine Abkapselung gegen das übrige Milzgewebe stattfand und so es geschah, dass eine 3 Mm. dicke bindegewebige Membran sich bildete, welche nach der einen Seite als Milzcapsel, nach der andern als Cystenwand fungirte. In der That war eine Scheidung dieser Membran in Milzcapsel und Cystenwand nicht möglich, während die Adhärenz mit den andern Organen zwar zum Theil sehr fest war, aber doch mit dem Messer sich trennen liess.

Obgleich ich also eine Erklärung für die Entstehung der beschriebenen Geschwulst glaube geben zu können, bin ich mir wohl bewusst, dass es eben doch nur eine hypothetische ist. Wenn College P a r z e w s k i seinen analogen Fall, in welchem nach 3maliger Punction der betr. Geschwulst und Entleerung von im Ganzen 4 Pfd. einer dicklichen braunrothen Flüssigkeit Patient «geheilt» nach Hause ging, ohne Weiteres «*Milzabscess, durch Aspiration geheilt*» betitelt, — so bewundere ich seine diagnostische und prognostische Sicherheit.

Referate.

A d. W a g n e r: Ueber die Hernia properitonäalis. (Inaug. Dissert. Dorpat 1883.)

Das erhöhte Interesse, welches der zuerst von S t r e u b e l in seiner bekannten Arbeit «über die Scheinreduction bei Hernien» näher gewürdigten und jetzt allgemein unter dem Namen der properitonäalen Hernien bekannten Abart der Unterleibsbrüche durch die Veröffentlichungen K r ö n l e i n's zugewandt worden ist, gab dem Verf. vorliegender Arbeit Veranlassung, im Anschluss an die Bekanntmachung zweier auf der Dorpater chirurg. Klinik beobachteten

Fälle von Hernia inguino-properitonäalis, das bisher veröffentlichte casuistische Material in übersichtlicher Form zusammenzustellen. Bei der spärlichen Zahl einschlägiger Beobachtungen kann natürlich eine erschöpfende Behandlung dieses praktisch so wichtigen Gegenstandes nicht erwartet werden; immerhin dürfte eine monographische Darstellung desselben allen denjenigen Fachgenossen, die sich für den augenblicklichen Stand der Frage interessiren, schon allein mit Rücksicht auf die bequeme Orientirung, die sie ermöglicht, recht willkommen sein.

Was zunächst die beiden Dorpater Fälle anlangt, so kam der erste im Jahre 1878 zur Beobachtung; es handelte sich um eine rechtsseitige äussere Leistenhernie bei einem 36 Jahre alten Manne; dreitägige Incarceration; Herniotomie, nach 3 Tagen exitus letalis. Bei der Section wurde das Vorhandensein einer properitonäalen Ausstülpung constatirt, die etwa von der Grösse eines Apfels, stark verdickte Wandungen aufwies und mit dem äusseren Bruche communicirte; der durch frische peritonitische Adhäsionen verschlossene Eingang derselben fand sich in der Nähe der äusseren Leistengrube; das Divertikel vollkommen leer, dehnt sich nach abwärts in der Richtung zum Foramen obturat. aus.

Der zweite, gleichfalls tödtlich verlaufene Fall ist einmal dadurch beachtenswerth, dass er eine Diagnose intra vitam zuliess, sowie ferner durch ein eigenthümliches, die Verhältnisse sehr complicirendes Verhalten eines Netzstückes zum Divertikel und der incarcerirten Darmschlinge. Der 28 Jahre alte Pat. war seit seiner Kindheit mit einem kleinen, rechtsseitigen Leistenbruche behaftet; seit 4 Tagen heftige Incarceration; die Bruchgeschwulst reicht bis in den Hodensack hinab und bildet oberhalb des Lig. Poup. eine deutlich wahrnehmbare Hervorwölbung mit tympanitischem Percussionsschall. Herniotomie; Processus vaginalis peritonäi offen, der Hode in unmittelbarer Nähe des Leistenringes fixirt. Im Bruchsack ein Netzklumpen und von demselben eingehüllt zwei Dünndarmschlingen, die erst nach Einreissen des Netzes freigelegt werden können; der neben den Schlingen eingeführte Finger gelangt in eine Höhle mit geschlossenen Wandungen, in denen man einzelne Stränge fühlen kann. Der einschnürende Ring sass weit gegen die Mittellinie hin und wurde mit einem geknöpften Messer erweitert, worauf die vorgefallene Darmschlinge reponirt und der Netzklumpen unterbunden und abgetragen wurde. Am darauffolgenden Tage starb Patient. Sectionsbefund: In unmittelbarer Nähe der Bauchöffnung des Leistencanals findet sich ein ca. apfelgrosser, mit derben Wandungen versehener Sack, der sich sowohl in der Richtung nach aussen gegen die Spin. os. il. ant. sup., als auch nach abwärts gegen das kleine Becken hin ausdehnt und somit der grössten Circumferenz des inneren Leistenringes angrenzt. Die Mündung dieses Sackes erscheint durch einen breiten Netzzipfel, der sich fächerförmig an den Rand des inneren Leistenringes ansetzt, vollkommen verdeckt, wodurch eine directe Communication des äusseren Bruchsackes mit der properitonäalen Ausstülpung aufgehoben ist. Der eingeführte Finger konnte somit während der Operation nur unter Vorstülpung des vorhangartig über die Mündung des Divertikels ausgebreiteten Netzstückes in diesen hineingelangen und war über den Inhalt des Divertikels hinweggeglitten, ohne ihn freimachen zu können. Wie die Section ergab, bestand derselbe in einer Dünndarmschlinge, welche in Folge der Einschnürung brandig und an einer Stelle bereits perforirt war. Die im äusseren Bruchsacke vorgefundene Dünndarmschlinge war durch einen Spalt, den die freien Ränder des fast in einer vollkommen kreisförmigen Linie angehefteten Netzzipfels am medialen Rande der Bauchöffnung des Leistencanals freigelassen hatte, in diesen hineingetreten, bedeckt von einem Netzvorhang, der von dem bewussten Zipfel ausging, und war daselbst leicht eingeklemmt worden. Es handelte sich also um eine doppelte Incarceration, von der nur die letzterwähnte durch Debridement des weit nach oben und innen verschobenen medialen Randes des inneren Leistenringes vollständig behoben wurde, während sich die Incarceration durch das Divertikel der Erkenntniss entzogen hatte.

Mit Einschluss dieser beiden Beobachtungen umfasst die Casuistik eine Reihe von 41 Fällen von properitonäalen Hernien, die sich nach ihrem Sitz folgendermaassen vertheilen: 37 entfallen auf Inguinalhernien, 3 auf Cruralhernien, während die Umbilicalhernie nur durch einen Fall von Terrier vertreten ist; es prävaliren also ganz bedeutend die Inguinalhernien. Von diesen finden sich bei Männern 35, eine bei einer Frau; in einem Fall ist das Geschlecht nicht angegeben. Von den 36 weiter verwerthbaren Fällen waren alle, bis auf einen, äussere Leistenbrüche. 23mal fand sich die Hernie auf der rechten Seite, 9mal auf der linken; in den übrigen 4 Fällen wird eine Angabe über die betreffende Seite vermisst. Hinsichtlich der Art dieser Hernien ergiebt eine Durchsicht des vorliegenden Materials, dass es sich unter den 36 Fällen um 25 zweifellos angeborene Hernien gehandelt hat, von denen wieder 16 mit unvollständigem Descensus testiculi verbunden waren; über den Rest lässt sich nichts Bestimmtes eruiren.

Von den vorliegenden Fällen wurden 30 wegen Incarceration operirt, von denen 23 letal endeten und 7 genasen. Betreffend die Richtung des properitonäalen Sackes, sowie die Häufigkeit der einen Richtung gegenüber der andern, so findet sich unter 34 Fällen die Richtung nach aussen und oben gegen die Spin. ant. sup. oss. il. oder gegen die Fossa iliaca 23mal angegeben; 6mal ist die Richtung des Sackes medianwärts gegen die Blase, 5mal nach abwärts gegen das kleine Becken notirt. — Verf. unterzieht die mannigfachen Theorien über die Entstehungsweise des inneren Bruchsackes einer kritischen Besprechung und schliesst sich der von Streubel und Krönlein vertretenen Anschauung an, nach welcher gewissen mechanischen Momenten, namentlich häufig wiederholten und dabei unzweckmässig ausgeführten Repositionsversuchen, dem fehlerhaften Tragen der Bruchbänder, sowie auch der Verlegung des Leistencanales durch den unvollständig herabgestiegenen Hoden die Schuld für die Ausbildung der properitonäalen Tasche beizumessen ist. Für einzelne seltene Fälle räumt Vf. auch der von Linhart und Baer vorgebrachten Anschauung einer primären Divertikelbildung des Peritonäums Berechtigung ein. Eine eingehende Besprechung der Symptomatologie der properitonäalen Hernien, wie sie sich aus der Analyse des vorliegenden Beobachtungsmaterials ergiebt und die eine sicherere Grundlage für die Diagnose dieser bisher meist verkannten oder nicht genügend berücksichtigten Abart der Hernien gewähren soll, beschliesst mit einigen beachtenswerthen, die Prophylaxe und Therapie der Einklemmung betreffenden Bemerkungen die mit Fleiss und Sorgfalt ausgeführte Arbeit. J. G.

J. S. Jewsejew: Ueber den Einfluss des gutartigen Eiters auf die Pockenlymphe und über die Bedeutung der weissen Blutkörperchen im Organismus. (Med. Westnik, 45–47).

Vrf. geht von dem allbekannten Factum aus, dass mit dem Auftreten des Eiters in der Pockenpustel die Vaccinationskraft der Lymphe verloren geht. Er legte sich die Frage vor: wird die experimentelle Zufuhr von Eiter zur Vaccinelymphe diese verändern und wie? Das Ergebniss derartiger Experimente war constant eine Abnahme, ja ein totales Erlöschen der Vaccinationskraft bei Zufügen vom frischen Eiter (etwa zu gleichen Theilen), während der Controlversuch die Lymphe als vacciuationskräftig erwies.

Andererseits sei die Eigenschaft der weissen Blutkörperchen ja bekannt, dem Organismus fremdartigen Stoffen nachzuspüren (?), sie in sich aufzunehmen und zu eliminiren. Dieser Eigenschaft suchen die weissen Blutkörperchen auch bei der Impfung nachzukommen. Es gelinge ihnen das aber nicht sofort. Die durch die Lymphe, resp. deren Kokken, gesetzte Entzündung der Zellen des rete Malpighii, in Form eines Walls um sie herum, bietet den Blutkörperchen ein Hinderniss, das sie erst später, gegen den 9. Tag hin, überwinden und dann frei in die Pocke hineintreten können. Sofort beginne ihre Wirkung auf die Vaccinekokken (оспенныя гранули), und die Lymphe verliere ihre Kraft, während sie auf die andern Kokken oder Gifte keinen Einfluss haben, wie z. B. bei syphilitischem Gifte. Die reine Lymphe des Syphilitikers gäbe beim Impfen nur eine Pocke wieder, die Impfung von einer eitrigen Pocke dagegen nur ein syphilitisches Geschwür.

Gegen Schluss seines Aufsatzes weist Vrf. auf «einen für die Therapie wichtigen Umstand» hin. «Nämlich in Folge des beständigen, continuirlichen Strebens der weissen Blutkörperchen, die kleinsten im Organismus vorkommenden Theilchen zu assimiliren, haben wir, wie mir scheint, in ihnen ein mächtiges therapeutisches Agens».

«Könnte auch wirklich der durch verschiedene Miasmen und Contagien durchseuchte Organismus ohne Hilfe der weissen Blutkörperchen gereinigt werden?!»

«Heisse Bäder, Schlammbäder, compresses échauffantes, Bähungen und ähnliche Mittel, vergrössern nur, indem sie die Thätigkeit des Lymphgefässystems steigern, zeitweilig die Zahl der weissen Blutkörperchen und retten nur so den Organismus vor den verschiedenen inficirenden Elementen».

In Anschluss daran muss Ref. als eines weiteren Curiosums noch einer Ansicht Erwähnung thun, die ebenfalls auf dem Odessaer Congress ausgesprochen wurde, und zwar vom Zoologen Metschnikow, über die eine Correspondenz des Dr. Portugalow im Medicinski Westnik № 44 (nach № 191 des Odesski Listok, Hirschberg) referirt. Die mit den weissen Blutkörperchen identischen Wanderzellen, mesodermen Ursprungs, nennt Metschnikow Phagocythen und hat an ihnen verdauende Eigenschaften beobachtet, in Folge welcher sie einen fortwährenden Kampf mit dem Organismus feindlichen Elementen führen. Im Blute von Infectionskranken, z. B. Typhösen, kämpfe sich ein Kampf aus der Phagocythen mit den feindlichen Mikroorganismen und je nachdem die ersten siegen oder aber der Menge und Qualität überhaupt der andern nicht Herr würden, trete günstiger oder ungünstiger Ausgang für den Organismus ein. Nach M. erkläre sich ferner bei der Entzündung das Moment, dass die farblosen Blutkörperchen auch da auftreten, wo gar keine Gefässe vorhanden, denn die Phagocythen «eilen unabhängig von Veränderungen in den Gefässen (!) zum Kampfe mit der Entzündungsmasse, wo diese auch und welcher Natur sie auch sei». (sic!) N.

Geissler: Einfacher und bequemer Nachweis des Eiweisses im Harn. (Pharmac. Centralbl. 1883. 431).

Dickes, recht schönes und langfasriges Fliesspapier wird in Streifen geschnitten, von denen ein Theil reichlich mit Citronensäure der andere mit einer Jodkalium- und Quecksilberchloridlösung getränkt und dann getrocknet werden; die letztere Lösung muss die 3–4fache Menge des Hg Cl. an Jodkalium enthalten. Zur Prüfung des Harns wird von diesem eine Probe in ein beliebiges Glas gegossen.

hierauf ein Streifen mit Jodkaliumsublimat, dann einer mit Citronensäure hineingebracht und das Ganze etwas geschwenkt; es erfolgt bei Gegenwart von Eiweiss sofort eine Trübung.

(Medic. chirurg. Rundschau № 11. 1883.)

NB Leider ist weder die Concentration der zu benutzenden Flüssigkeiten, noch die Empfindlichkeit der Reaction angegeben. Ref.

Franz Müller: Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums. (Centralblatt für die gesammte Therapie. 1884. 1.)

Verf. fasst die Tabes dorsalis als eine Hirn-Rückenmarkskrankheit (?) auf und versucht, auf 213 von ihm beobachtete Fälle gestützt, «praktische Handhaben für die Diagnose zu bieten». Wenn nun auch dem Neuropathologen von Fach in diesem Aufsatze nichts Neues geboten wird, so hält es Ref. doch für zweckmässig, einige diagnostische Daten und die vom Verf. zusammengestellte Symptomentabellen wiederzugeben, um denjenigen Collegen, welche sich nicht speciell mit Nervenkrankheiten beschäftigen, die Möglichkeit einer frühen Diagnose dieser schrecklichen Krankheit zum Frommen der Kranken und der Specialisten zu bieten; erfahrungsgemäss kommen die armen Tabiker recht spät unter eine rationelle Behandlung.

Verf. hebt mit Recht als die sichersten Symptome einer beginnenden Tabes das *Fehlen der Patellarreflexe* und *die reflectorische Pupillenstarre* (Reagiren der Pupillen auf Accomodationsänderungen, Starre derselben bei Lichtreizen) hervor. Der Uebersichtlichkeit halber gebe ich die diagnostischen Zusammenstellungen Müller's in Tabellenform (s. u.) und berichte über dessen Therapie der Tabes. Am meisten Nutzen sah er von einer Combination von Argent. nitric. mit Extr. Secalis cornuti (Argent. nitrici 0,30, Extr. Secalis cornuti 3,00, Pulv. et Extr. Quassiae q. s. ad pillul. 30. Täglich 3mal 1 Pille, allmälig auf 3 Pillen 3mal täglich steigend. Einen Zusammenhang der Tabes mit Syphilis kann Verf. nicht finden und hält die specifische Behandlung nur bei manifester Lues für indicirt. Hinsichtlich der elektrischen Behandlung berichtet Verf., dass er den galvanischen Strom sowohl auf das Rückenmark als auch quer auf die Zitzenfortsätze applicirt und am Schlusse jeder Sitzung die Anode auf die Lumbaranschwellung, die Kathode nacheinander auf beide Quadriceps cruris applicirt und bei einer zukkungserregenden Stromstärke 6—10 Stromesschliessungen ausführt; dadurch wird nicht selten eine erfrischende Wirkung auf die Beine ausgeübt. Von der Rumpf'schen allgemeinen farado-cutanen Pinselung hält Verf. nicht viel, desto mehr aber von vorsichtig angewandten hydro-therapeutischen Maassnahmen. *Symptomatisch* braucht M. gegen *die Schmerzen* narkotische Einreibungen, hydropathische Fermente, Points de feu mit dem Thermokauter und Morphiuminjectionen. *Die gastrischen Krisen* behandelt er stabil mit der Anode des constanten Stromes, oder faradischer Pinselung, oder Morphiuminjectionen; gleichzeitig wäre auch die quere Durchleitung des constanten Stromes durch die Proc. mastoidei während und ausserhalb der Anfälle zu versuchen (Vagusreizung?). Gegen *die Accomodationslähmung* wird 1% Eserinlösung und directe Kathodengalvanisation des Bulbus angewandt; die *Sehnervenatrophie* ist unheilbar, *das Ohrensausen* weicht oft der Anodenanwendung. *Krampfhusten* werde am besten durch Chloroforminhalationen, *die Blasenkrämpfe* durch Extr. Cannabis indicae intern zu 0,10 oder in Suppositorien zu 0,25—0.3 bekämpft. *Catarrhalische Blasen* werden mit 2—5% Resorcin- oder 3% Kalichloricumlösung ausgewaschen, einfache Blasenschwäche mit Tct. Nucis vomicae behandelt.

	Tabischer Schmerz.	Rheumatischer Schmerz.
Auftreten:	Deutliche Paroxysmen.	Nicht anfallsweise.
Ausbreitung:	Linienartig, oft localisirt, dem Nervenverlaufe strict folgend.	Flächenartig, diffus, üb. Muskel-Flächen verbreitet.
Muskelruhe:	Keine Erleichterung.	Deutliche Erleichterung
Bewegung, activ oder passiv:	Der Schmerz wird nicht ausgelöst, vorhandener nicht gesteigert.	Unerträgl. Steigerung.
Druck:	Erleichterung.	Unerträgl. Steigerung.
Haut:	Hyperästhesie besonders bei leiser Berührung.	Meistens normal.

Accomodationslähmung.	Tabisch:	Gewöhnlich einseitig mit Mydriasis paralytica.
	Diphtherisch:	Meist doppelseitig und ohne Mydriasis paralytica.
	Traumatisch:	Mit stabiler Mydriasis paralytica mitteren Grades.

Tabes dorsalis.

	Spinale.	Cerebrale.	Viscerale.
Reflexe.	Patellarsehnenreflex erloschen.	Reflectorische Pupillenstarre.	
Sensibilität: Irritative Symptome.	Paroxystische, blitzähnliche, schiessende Schmerzen: a) diffus, b) localisirt (Brachial-, Intercostal-, Crural-, Lumbarneuralgien, Gürtelgefühl u. Gürtelschmerz.	Trigeminus-Neuralgie, Paralgie und Parästhesie.	Gastrische Krisen, Dyspepsia nervosa u. nicht auf gewöhnliche Ursachen zurückzuführender acuter Magencatarrh, Urethral- u. Rectalneuralgien (Titillatus u. Krampfhustenanfälle).
Lähmungssymptome:	Analgesie, part. Empfindungslähmung u. Verspätung der Leitung. Verminderung od. Aufhebung der Muskelsensibilität.	Trigeminus-Anästhesie.	
Mobilität:	Abnahme der motorischen Leitungsfähigkeit, Ermüdung, Unmöglichkeit die Spitzfussstellung b. Augenschluss einzuhalten, später Brach-Romberg'sches Symptom. Vom 2. Stadium ab Ataxie bei Erhaltung der groben Muskelkraft.	Augenmuskellähmung: monoculäre Accomodationslähmung (mit, selten ohne Mydriasis), Abducens, Levator palpebr. super., Rect. internus, Hypoglossus- und Facialislähmungen sind selten; später gewöhnlich Myosis paralyt.	Blasenschwäche und Lähmung, Impotenz. Paroxystische Darmentleerungen. Tachycardie.
Sinnesorgane:		1) Progressive Sehnervenatrophie mit Roth- und Grünblindheit, Einschränkung d. Gesichtsfeldes, Amblyopie u. Amaurose. 2) Progressive Hörnervenatrophie.	
Allgemeine Hirnsymptome:		Schwindel (häufig), apoplektiforme u. epileptoide Anfälle (selten). Einseitige progressive Abnahme des Hörvermögens mit Schwindel u. apoplektiform. Anfällen (Ménière'scher Symptomencomplex), Kopfschmerz.	
Psyche:		In der Regel intact.	

Hz.

Rönnberg: Versuche über den Nährwerth des Fleischmehls «Carne pura». (Deutsche militairärztl. Zeitschr. № 10. 1883).

Versuche mit den Fleischconserven «Carne pura». Commissionsbericht der Aerzte des Kronstädter Marine-Hospitals. (Med. Beil. d. Marin. Journ. Dec. 1883).

A. Schmidt: Der gegenwärtige Stand der Medicin in Deutschland. (Wratsch № 52. 1883, pap. 837).

Auf der hygienischen Ausstellung in Berlin waren verschiedene Präparate der sogenannten «Carne pura» ausgestellt und kam man im Allgemeinen zu der Ansicht, dass es leicht verdaulich und ein gutes Nahrungsmittel für die ärmere Bevölkerung und das Militair sei. Wie A. Schmidt darüber berichtet, hat die deutsche Militairverwaltung jedoch bisher die «Carne pura» nicht acceptirt, weil sie Fälschungen des Präparates fürchtet.

Rönnberg stellte an sich eine 10 wöchentliche Ernährungsprobe an. Zu allen Mahlzeiten wurde Carne pura statt frischen Fleisches genossen und zwar in Form von Suppe, Braten, Käse etc. gleichzeitig aber auch Kaffee, Butter und Brod. Anfangs stellte

sich nach den Hauptmahlzeiten das Gefühl ein, der Magen sei nicht genügend gefüllt, dieses schwand jedoch nach einigen Tagen und statt dessen hatte R. ein angenehmes körperliches und geistiges Unbeschwertsein nach der Mahlzeit. Das Hungergefühl trat nach aussergewöhnlichen Anstrengungen später ein, als bei gewöhnlicher Ernährung.

Die Verdauung blieb gut, desgleichen das Wohlbefinden und die Arbeitskraft. Das Körpergewicht ging in der ersten Woche von 191 auf 189 Pfund herunter und blieb dann constant. Auf Grund dieses Versuches hält R. es für möglich frisches Fleisch durch Carne pura zu ersetzen.

Die Commission der Marine-Aerzte giebt einen ausführlichen Bericht. Daraus ersehen wir, dass die Methode der Herstellung der Carne pura von Prof. Hoffmann (Leipzig) erfunden und einer Hamburger Actiengesellschaft übergeben worden.

Die Methode besteht in Folgendem: Das Fleisch wird, von Knochen, Sehnen und Fett befreit, zerhackt, leicht gesalzen und in dünnen Schichten in Oefen bei 90—100° C. getrocknet. Aus dem Ofen geht es in Form dünner Platten hervor, die in besonderen Mühlen, welche die etwaigen Sehnenreste noch entfernen, zu einem feinen Pulver zerrieben werden. Letzteres enthält c. 70 % Albuminate, 8 % Extractivstoffe, 8 % Fette, 10 % Salze und 8 % Wasser. Prof. Hoffmann hat derartiges Pulver 10 Jahre aufbewahrt, ohne dass es verdorben wäre. Der Preis stellt sich gegenwärtig auf 1 Pf. = 1 Rbl. 10 Kop. (1 Mark = 50 Kop. gerechnet) und da 1 Pfund Pulver 6 Pfund frischen Fleisches entsprechen so würde die einem Pfund frischen Fleisches entsprechende Pulvermenge à 18½ Kop. kommen. Auf diese Weise wäre es für unsere Militairverwaltungen ohne Vortheil, die Gesellschaft verspricht jedoch, wenn die Fabrik in vollem Gange das Pfund pro 8½ Cop. zu stellen.

Die Commission hat folgende Präparate untersucht: Reines Fleischpulver, Carne pura-Bouillon, Carne pura + Bohnen, Erbsen und Linsen, Brodsuppen-Carne pura-Conserve, C. p.-Biscuit und C. p.-Cacao und Chocolade. — Das Resultat ist, dass sich Carne pura zu Suppen verbraucht ausgezeichnet bewährte und in Kriegszeiten sehr empfehlenswerth. Die C. p. Biscuits, sowie Chocolade und Cacao empfehlen sich sehr für den Officierstisch und für schwache Kranke. Ein Pat. mit chronischem Magenkatarrh, der kein Fleisch sehen konnte, nahm die C. p. Biscuits und Chocolade längere Zeit hindurch sehr gern zu sich.

Ungünstig lautet das Urtheil der Commission bezüglich des Geschmackes der aus Carne pura bereiteten Cotelettes. Offen lässt die Commission die Frage, wie lange das Pulver sich brauchbar erhält und in wieweit es sich zu längerem Gebrauch eignet.

Wir sind ein entschiedener Gegener aller Mittel, die Reclame benutzen, in diesem Falle scheint aber das Mittel wirklich von nicht zu unterschätzendem Werthe zu sein und werden hoffentlich bald weitere Versuche damit gemacht werden. P.

P. Rosenbach: Ueber den Einfluss des Hungerns auf die Nervencentren. (Inaug.-Diss. St. Petersburg. 104 Seiten. Russisch.)

Diese im klinischen Laboratorium des Prof. Mierzziejewski ausgeführte Arbeit besteht aus drei Abschnitten. Im ersten findet sich nach einer historischen Einleitung und einer kurzen histologischen Beschreibung der Nervencentren eine Schilderung der pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche im Centralnervensystem bei Hunden und Kaninchen durch Verhungern entstehen. Mikroskopisch wurden untersucht: Gross- und Kleinhirn, Rückenmark, intravertebrale und Sympathicusganglien und periphere Nerven (Nn. ischiadici). Hauptsächlich werden bei der Inanition in den eben genannten Nervencentren die Ganglienzellen, weniger die Gefässe und die Grundsubstanz befallen, während die bindegewebigen Bestandtheile, die Nervenfasern und die peripheren Nerven unverändert bleiben. In den Ganglienzellen spielt sich, deutlich ausgeprägt, ein degenerativ-atrophischer Process ab, welcher mit trüber Schwellung oder Schrumpfung beginnt und durch Vacuolenbildung und eigenthümliche destructive Vorgänge chemischer Natur zu Zerfall und Schwund führt. Am Gefässsystem wird Ueberfüllung der Gefässe mit Blutkörperchen, Diapedesis, Bildung von colloidem Exsudat, mitunter fettige Entartung der Endothelzellen beobachtet; die Grundsubstanz trübt sich, ohne weitere Aenderungen der Textur erkennen zu lassen. Die grösste In- und Extensität erreicht aber der atrophisch-degenerative Process in den Spinalganglien und den Vorderhörnern des Rückenmarks, am geringsten sind die Veränderungen in der Hirnrinde ausgesprochen. Die hier beschriebenen histologischen Veränderungen sind durch eine Tafel voll vortrefflich ausgeführter Zeichnungen illustrirt.

Der zweite Abschnitt enthält eine Untersuchung der Erregbarkeit der Hirnrinde beim Hungern. Das Resultat der vom Verf. an Kaninchen und Hunden angestellten Versuche ist, dass im Hungerzustande die faradische Erregbarkeit der psychomotorischen Centren bedeutend sinkt und dass die Reaction derselben durch Convulsionen auf starke Ströme anomal wird. Der Versuch bestand darin, dass an einem Thiere zuerst an einer Hemisphäre die psychomotorischen Centren auf ihre faradische Erregbarkeit geprüft wurden und diese später nach einer gewissen Hungerperiode an der andern Hemisphäre bestimmt wurde. Der Beschreibung der eignen Versuche schickt Verf. eine Schilderung der bisher veröffentlichten experimentell-pathologischen Untersuchungen voran; ausserdem enthält dieser Abschnitt ein vom Verf. in Gemeinschaft mit Dr. Bechterew zusammengestelltes Schema der Anordnung der psychomotorischen Centren am Hundehirn.

Der dritte Abschnitt enthält eine kritische Zusammenstellung der in der Literatur vorhandenen Angaben über das sogen. Inanitionsdelirium, wobei sowohl solche Fälle berücksichtigt werden, in welchen psychische Störungen an sonst gesunden, aber durch irgend welchen Zufall dem Hungern ausgesetzten Menschen beobachtet wurden, als auch solche mit Auftreten psychischer Störungen in der Reconvalescenz nach erschöpfenden körperlichen Krankheiten. Nach Verf.'s Meinung liegen diesen psychischen Störungen pathologisch-anatomische Veränderungen der Hirnrinde zu Grunde, wofür Verf.'s hier angeführte Thierversuche sprechen. Hz.

T. Bogomolow: Arsenik als Antipyreticum und Antisepticum bei Febris recurrens. (Wratsch №№ 43 u. 44. 1883).

Da einerseits die Ursache der Febris recurrens in Mikroorganismen zu suchen, andererseits das Arsenik antiseptische Eigenschaften besitzt, so hat Vf. versucht dasselbe bei Recurrens zu brauchen. In den beiden ersten Fällen, gab Vf. 4 Tropfen dem Einen innerlich, dem Anderen subcutan und in beiden Fällen fiel die Temperatur bedeutend unter die Norm. 2 weitere Fälle sind genauer im Apanagenhospital zu Krassnoje-Sselo beobachtet und die Diagnose durch den Nachweis von Spirillen sicher gestellt.

1. P. P. 36 Jahre alt. Temp. 39,1 °, resp. 41 °. Am Tage nach der Aufnahme erhält er subcutan 4 Tropfen Solutio Fowleri. Die Temperatur fällt von 40,5 im Verlaufe von 5 Stunden auf 33,5 °, der Puls von 100 auf 60. Am 12. Tage nach dem ersten Anfalle steigt die Temp. wieder auf 40,1 °, im Blute massenhaft Spirochaeten. 4 Tropfen (?) Solut. Fowleri innerlich. Nach 6½ Stunden Temp. 36,0 °. Im Blut theils todte, theils schwach bewegliche Spirochaeten. Die weissen Blutkörperchen sind mit kleinen Körnchen angefüllt. Nach weiteren 12 Tagen ein III. Anfall, wiederum mit zahlreichen Spirochaeten im Blut, Temp. 40,3 °. Nach 4 gtt. Solut. Fowleri Abfall auf 37,2 °.

2. A. T., 35 Jahre, tritt am 5. Tage einer Recurrens ins Spital, 2 Tage darauf Temperaturabfall auf 35 °. 8 Tage darauf ein 2. Anfall mit zahlreichen Spirochaeten. Nachdem er 2 Tage angehalten und die Temp. auf 40,7 ° gestiegen — 4 gtt. Sol. Fowleri subcutan Tags darauf 37,5 °, Abends jedoch wieder 40 °, daher am folgenden Morgen 8 gtt. innerlich, die Temp. 38,1 resp. 38,8 ° Abends. Am 6. Tage des 2. Anfalles 35 °.

Der Vf. betrachtet selbst seine Mittheilung als vorläufige, die nur dazu dienen soll, Collegen, welche viel mit Recurrens zu thun haben, zu weiteren Versuchen anzuregen (wäre jedenfalls sehr wünschenswerth!). P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

P. Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie mit Anwendung auf die Chirurgie. Uebersetzung der dritten französischen Auflage, redigirt und mit Anmerkungen versehen von Dr. A. S. Tauber, a. o. Professor der Universität Warschau. 5. Lieferung St. Petersburg. Verlag von C. Ricker 1883. (russisch.)

Da wir schon früher beim Erscheinen der ersten vier Lieferungen Gelegenheit genommen haben über das Werk zu sprechen und das Verdienstvolle des Unternehmens hervorzuheben, begnügen wir uns jetzt nur die verehrten Leser darauf aufmerksam zu machen, dass die 5. Lieferung erschienen ist, welche die Abdominalhöhle mit ihren Organen und das Becken behandelt. Da das Buch einem schwer empfundenen Mangel in der russischen medicinischen Literatur Abhülfe leistet, ist das baldige Erscheinen des letzten Theiles doppelt wünschenswerth. T.

H. v. Hebra: Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Bd. VII). Mit 35 Abbildungen in Holzschnitt. Braunschweig, Verlag von Fr. Wreden, 1884. 546 Seiten. Preis 12 Mark.

Die Wreden'sche Sammlung kurz gefasster und doch inhaltreicher Lehrbücher hat sich bereits vortheilhaft bekannt gemacht. Wir erinnern nur an das Eichhorst'sche Handbuch. Der vorliegende VII. Band zeichnet sich ebenfalls durch klare, übersichtliche Darstellung des Materials aus, und ist es damit dem Vf., Hebra jun. gelungen, in die Fusstapfen seines Vaters zu treten. Vf. hat, und zwar mit Recht, das Hebra'sche System verlassen und sich demjenigen Auspitz's angeschlossen, der dasselbe auf pathologisch-anatomischer Basis aufzubauen versucht, wobei er sich an die Rokitansky'sche Eintheilung gehalten. Das System hat natürlich ebenfalls noch seine Mängel, doch ist es immerhin als ein Fortschritt

anzusehen. Vf. beginnt mit den «einfach entzündlichen Dermatosen», dann folgen die angioneurotischen, neurotischen und Stauungs-D., haemorrhagische D., Idioneurosen der Haut, Wachsthumsanomalien und endlich die Pilzkrankheiten.

Das Buch gestattet eine leichte Orientirung auf dem Gebiete der Dermatologie und empfiehlt sich dadurch dem praktischen Arzte auf's Beste. Die Ausstattung ist eine vorzügliche. P.

J. König: Procentische Zusammensetzung und Nährgeldwerth der menschlichen Nahrungsmittel. II. Aufl. — J. Springer. — Berlin 1883.

Prof. J. König hat eine sehr praktische Zusammenstellung des Procentgehalts an Nährwerth der gebräuchlichsten Nahrungsmittel in einer Tabelle veröffentlicht. Nicht nur der Nährwerth, sondern auch der Geldwerth der verschiedenen Nahrungsmittel ist graphisch in verschiedenen Farben dargestellt und die kurzen Notizen die hinzugefügt sind, machen die Tabelle jedem Laien leicht verständlich. Auch die Verdaulichkeit der Nahrungsmittel hat gleichfalls Berücksichtigung gefunden. Dadurch wird diese Tabelle allen denjenigen sehr empfehlenswerth. die an Wohlthätigkeitsanstalten thätig sind, wo es darauf ankommt eine möglichst gesunde und nahrhafte Kost für einen möglichst billigen Preis zu liefern.

L—n.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Zur Impffrage. Resultate der Vaccination und Revaccination vom Beginn der Impfung bis heute von A. Wernher. — v. Zabern, Mainz, 1883.

— Die einfache, chronische Exsudativ-Peritonitis von H. Vierordt. — H. Laupp, Tübingen, 1884.

— Handbuch der spec. Pathol. und Therapie von H. Eichhorst. II. Bd. I. Hälfte (Heft 19—28). — Urban und Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1883.

— 28 Ovariotomien, ausgeführt von A. Krassowski von 1877—1881. — St. Petersburg, 1883. (russ.)

— Medicinischer Bericht der St. Petersb. Gebäranstalt, aus den J. 1877—1880 — St. Petersburg, 1883. (russ.)

— Was ist das Malariagift? von J. Jakubowitsch. — Eriwan, 1883. (russ.)

— Ueber Kleptomanie von N. Plisky. — St. Petersburg, 1884. (russ.)

— Die Grundursachen individueller Verschiedenheiten bei Missbildungen und Krankheiten von A. Schachowskoi. — St. Petersburg, 1883. (russ.)

— Material zur medicinisch-statistischen Kenntniss des Gouvernements Simbirsk von D. Krajewitsch. Simbirsk, 1888. (russ.)

— Cursus der Feld-Chirurgie von P. Morosow. I. Abtheil. I. Abschnitt. — Charkow, 1883 (russ.)

— Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung von Th. Heydenreich. — C. Ricker, St. Petersb. 1884. (russ.)

— Handbuch der allgem. Therapie unter der Redact. Ziemssens. II. Abtheilg. Th. I. Handbuch der Klimatotherapie von H. Weber. — Ins Russ. übersetzt unter der Redact. von W. Drosdow. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884.

— Die Diphtherie und ihre Behandlung von Hübener. — F. Luckhardt, Berlin, 1883.

— Die Diphtherie: Ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung von C. Rothe. — A. Abel, Leipzig, 1884.

— Wiener Klinik. Heft I. 1884. — Zur Anwendung der Glühhitze in der Medicin von Prof. v. Mosetig-Moorhof.

— Die Geburt bei den Urvölkern von G. Engelmann. Aus dem Engl. übersetzt und mit Zusätzen versehen von Dr. C. Hennig. Mit 4 Tafeln und 56 Abbildg. — W. Braumüller, Wien, 1884.

— Lehrbuch der spec. Pathol. und Therap. der inneren Krankheiten von A. Strümpell. II Bd. I. Th. Krankheiten des Nervensystems. Mit 48 Abbildungen. — F. Vogel, Leipzig, 1884.

— Berichte und Arbeiten aus der geburtshülflichen gynäkologischen Klinik zu Giessen 1881 — 82 von F. Ahlfeld. Mit 10 lithogr. Tafeln und 5 Holzschn. — Fr. Grunow. Leipzig, 1883.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 29. November 1883.

(Fortsetzung.)

Dr. Dombrowski bespricht eine Wundbehandlungsmethode, die im Laufe dieses Jahres im Peter-Paulhospital in seiner Abtheilung und in der Abtheilung des Dr. Monastyrski geübt worden ist. Im Princip stimmt die Wundbehandlung mit der Kocher'schen Methode der Secundärnaht überein, unterscheidet sich aber von letzterer in Folgendem.

Das Magisterium Bismuthi, dessen toxische Wirkung schon von Kocher hervorgehoben und auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin bestätigt wurde, will D., da auch die Beobachtungen im Peter-Paulhospital ihn von der Gefährlichkeit dieses Mittels überzeugt haben, nur in sehr beschränkter Weise angewandt wissen. Es erkrankten in der ersten Zeit der Wismuthbehandlung mehrere Patienten an blutigen Durchfällen, die nur schwer zu stillen waren und bei einer Patientin selbst den Tod zur Folge hatten. Es handelte sich um eine 50jährige sehr anämische Person, die an einem ulcerirten Mammacarcinom mit weitgehender krebsiger Infiltration der Achseldrüsen litt, beständige Blutung von der ulcerirten Partie aus hatte und schon wegen der Gefahr der Verblutung operirt werden musste. Nach der Amputation der Mamma, sorgfältiger Ausräumung der Achselhöhle, Entfernung der Drüsen von der Vena axillaris, wurde die ganze Wundfläche mit der von Kocher angegebenen 10% Schüttelmixtur von Mag. Bismuthi betupft und mit Marlytampons bedeckt, die in der Wismuthmixtur gelegen hatten. Am Abend des nächsten Tages traten plötzlich heftige blutige Durchfälle auf, die die ganze Nacht hindurch andauerten. Bei der Morgenvisite des dritten Tages war Pat. äusserst collabirt und starb trotz Verabreichung verschiedener Excitantien noch am Abend desselben Tages. Die Section ergab Verschorfung des Epithels im Dickdarm mit beginnender Geschwürsbildung — den charakteristischen Befund für Wismuthintoxication. Seit der Zeit wurde das Wismuth nicht mehr zur Desinfection und Bespülung der Wundflächen benutzt, sondern dazu das sicher desinficirende und weniger gefährliche Sublimat in der Lösung von 1 : 1000 verwandt. Als Verbandstoffe kamen die von Bergmann'schen Sublimatgaze oder die schon früher von Dr. Monastyrski benutzten Jodoformäthergaze in Anwendung. Zur Tamponade der Wundflächen wurden die antiseptischen Gaze noch vorher in die Kocher'sche 10% Wismuthmixtur gethan. Vom Mag. Bismuthi konnte D., nachdem er auch die austrocknende und secretionsvermindernde Wirkung des salpetersauren Wismuth kennen gelernt hatte, sich nicht mehr lossagen, da diese Wirkung keinem der gebräuchlichen Antiseptica in so präciser Weise eigen ist und gewiss einen nicht hoch genug zu schätzenden Vortheil bei der Methode der Secundärnaht bietet. Intoxicationen wurden, seitdem das Wismuth mit Vorsicht angewandt, die mit Wismuthmixtur getränkten Tampons sorgfältig jedes Mal ausgedrückt wurden, nicht mehr beobachtet. Die von Kocher zur Vermeidung der Intoxication proponirte 1% Lösung von Mag. Bismuthi hat D. nicht angewandt, weil im Hospital die antiseptischen Flüssigkeiten mit gewöhnlichem Wasser angefertigt werden und ihm daher ein solcher Versuch bei der noch nicht festgestellten antiseptischen Eigenschaft des Wismuth riskirt erscheint. Betreffs der Application der Naht, hat D. es sich zur Regel gemacht, die Suturen gleich nach der Operation anzulegen und nicht nach Kocher auch bis zum nächsten Tage damit zu warten, da in solchen Fällen von den neuen Stichcanälen wieder Blut in die desinficirte und ausgetrocknete Wundhöhle fliessen müsse und der Vortheil der Secundärnaht vereitelt werden könne. Geknüpft werden die Suturen nach 2 Mal 24 Stunden, da man erst dann bei Entfernung der Tampons vor einer parenchymatösen Blutung sicher sein könne. Neben den Nähten zur Vereinigung der Wundränder werden von D. noch tiefe Nähte, sogen. «Matratzennähte» oder nach Bruns «Doppelstichknopfnähte» empfohlen, die bei tiefen Wundhöhlen eine Flächenverklebung und somit den Verschluss der Wundhöhlen zu Stande bringen. D. legt ganz besonderes Gewicht auf diese Naht und bezeichnet sie als wesentliche Unterstützung der Methode der Secundärnaht. Am leichtesten lässt sich der Vortheil der Naht am Amputationsstumpf demonstriren, und folgt daher die Beschreibung des Verfahrens. Bei der Amputation werden die Lappen nicht zu lang formirt und in Fällen von vorderer und hinterer Lappenbildung die Haut und Musculatur in der Weise durchtrennt, dass die beiden Lappen einen Keil darstellen. Die Nähte werden in 3 Reihen angelegt. Die erste Reihe liegt dicht vor dem Knochen und besteht aus den Matratzennähten. Es wird dabei die Nadel mit einem langen Seidenfaden versehen an der Vorderfläche des Stumpfes eingestochen, durch Haut, Musculatur und bei der ersten Nahtreihe auch durch's Periost zur hinteren Fläche des Stumpfes geführt, hier ausgestochen und dann ungefähr 1 Ctm. weiter dieselbe Nadel von der hinteren Fläche des Stumpfes in derselben Reihenfolge die Weichtheile durchbohrend nach vorn geführt und an der Vorderfläche des Stumpfes ausgestochen. Die zweite Reihe ebenfalls aus Matratzennähten bestehend, wird ungefähr 2 Querfingerbreit vor der ersten angelegt, und ist bei dieser Nahtreihe noch zu beobachten, dass jedes Mal, nachdem die Nadel die Haut und Musculatur des einen der beiden Lappen passirt hat, sie nochmals durch die Musculatur in der Höhe der ersten Nahtreihe geführt werde, damit die Lappen gegen den Knochenstumpf hin fixirt und dadurch die Weichtheile mantelartig um den Knochen gelagert werden. Die dritte Nahtreihe wird durch die gewöhnlichen Knopfnähte gebildet, die die Hautränder vereinigen. Durch diese Anordnung der Nähte wird einmal die Retraction der Muskelstümpfe und die dadurch zu Stande kommende Höhlenbildung vermieden, und andererseits werden die Weichtheile in der zur Bildung eines guten Stumpfes erforderlichen Lage fixirt. Die Resultate, die bei der Methode der Secundärnaht bis jetzt im Peter-Paulhospital erzielt wurden, waren sehr erfreuliche. Es wurden Amputationen, Resectionen, Eröffnungen von Gelenken und Unterbindungen grösserer Gefässe unter vollständig reactionslosem Ver-

lauf per primam zur Heilung gebracht, wobei noch die interessante Beobachtung gemacht wurde, dass das aseptische Fieber in den meisten Fällen fehlte. Das aseptische Fieber, das durch Prof. v. Wahl seine Erklärung in der Retention von Blut gefunden hat, fehlt bei der Kocher'schen Methode, weil eine Ansammlung des leicht zersetzlichen Blutsubstrates vermieden werden kann.

Bezüglich der Wundbehandlung vermittelst der Drainage macht D. auf die mangelhafte Canalisation der Wunden durch Drainröhren aufmerksam und erklärt den Umstand dadurch, dass es sehr schwierig sei, das Drain jedes Mal so zu appliciren, dass die Wundsecrete zum Drainrohr ihren Weg nehmen, und dass andererseits durch's Drain nur Flüssigkeiten passiren können. Gleich nach der Operation, wo die Drainage am wichtigsten sei, handle es sich aber zum grossen Theil nicht um flüssiges Blut, sondern schon wegen der Bespülung der Wundflächen mit den Antisepticis um Blutgerinnsel, die trotz der Drainage zwischen den Muskelinterstitien und in der Wundhöhle zurückbleiben und genügendes Material zur Zersetzung abgeben können. Ferner führt D. gegen die Drainage an, dass das Drain sehr leicht die Infection der Wundhöhle vermittele und dass diese Gefahr auch nach Entfernung des Drains nicht aufhöre, da dann noch ein granulirender Canal zurückbleibe, durch den Infectionsstoffe von aussen zur Wundhöhle gelangen können. Es verlange daher die Behandlung mit der Drainage noch längere Zeit nach der Operation die peinlichste Sorgfalt und beständige ärztliche Controle, auf die leider bei den bestehenden Hospitalverhältnissen gar zu häufig verzichtet werden müsse. Um so erfreulicher sei es, in der Methode der Secundärnaht eine Wundbehandlung zu haben, bei der die ärztliche Behandlung weit kürzere Zeit dauere. Nach 2 Mal 24 Stunden sei die Wundhöhle ausgetrocknet und von Blut befreit, und wenn nun die Wunde durch dicht gestellte Suturen geschlossen werde, so habe man gewöhnlich nichts mehr zu befürchten, da der Infectionsherd, wie auch der Weg, auf dem die Infection zu Stande kommen könnte, beseitigt sei. So habe denn die Methode der Secundärnaht neben dem grossen Vorzug der geringeren Gefahren noch den Vorzug, dass sie, so complicirt sie auch anfänglich erscheinen möge, einfach sei, da sie weniger Mühe und Arbeit beanspruche.

Zum Schluss stellt D. noch 3 Kranke vor, von denen es sich bei der einen um eine Arthrotomie wegen eitriger Kniegelenkentzündung handelte. Die Patientin war mit hohem Fieber, Schwellung und grosser Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenkes ins Hospital gebracht worden. Es wurde mit dem Textor'schen Schnitt das Gelenk eröffnet, wobei sich einige Esslöffel Eiter entleerten, darauf wurde die Gelenkhöhle gründlich mit Sublimat 1:1000 ausgespült, die Naht applicirt, wobei die tiefen Matratzennähte durch Haut und Kapsel hart am Rande der Patella, die oberflächlichen Knopfnähte am Hautschnitte zu liegen kamen. Zum Schluss Tamponade des Gelenkes mit den antiseptischen Gazen, die in 10% Magist. Bismuthi gelegen hatten und nachher noch ausgedrückt waren und gewöhnlicher antiseptischer Verband mit Jodoform- und Sublimatgazen. In den nächsten Tagen war die Empfindlichkeit des Gelenkes geschwunden, die Temperatur wurde niedriger und am 5. Tage nach der Operation normal. Die Gelenkwunde heilte anstandslos per primam; die tiefen Nähte wurden am 10. Tage, die oberflächlichen nach 14 Tagen entfernt. In der dritten Woche begann Pat. Gehversuche, wobei sie sich die leicht zerreisliche Narbe in der Höhe des Lig. patellare wieder aufgerissen hatte, so dass bei der Vorstellung der Pat. 4 Wochen nach der Operation bis auf eine 3 Ctm. lange granulirende Partie am Lig. patellare die breite Gelenkwunde vernarbt war.

Der zweite Fall betraf eine Oberschenkelamputation, die wegen weitgehender tuberculöser Erkrankung des rechten Kniegelenkes im Marien-Magdalenenhospital von Dr. Höppener mit dem Boyer-schen Exstirpationsschnitt ausgeführt war. Die Wundbehandlung war von D. geleitet worden und waren hier die drei Reihen von Nähten in der besprochenen Weise angelegt, die Wunde tamponirt und darüber ein Verband applicirt. Nach 2 Mal 24 Stunden Entfernung der Tampons ohne jegliche Blutung, die Wundhöhle war rein und hatte ein grau-röthliches Aussehen. Die Suturen wurden darauf geschlossen und die tiefen Nähte nach 14 Tagen, die oberflächlichen nach 3 Wochen entfernt. Ideelle Heilung per primam bei ganz normalen Temperaturen. Nach Entfernung der Nähte wurde nur zum Schutz der Narbe ein leichter Verband angelegt. Pat. ging auf Krücken umher und wurde 4 Wochen nach der Operation mit einem benarbten Stumpfe vorgestellt.

Der dritte Fall war ebenfalls eine Oberschenkelamputation, die von D. im Peter-Paulhospital mit vorderer und hinterer Lappenbildung gemacht war. Die Patientin war schon früher am Unterschenkel wegen Gangrän des Fusses amputirt worden; doch waren damals die Lappen der Necrose verfallen. Die Pat. war durch lange Eiterung, Fieber und Schlaflosigkeit sehr anämisch und heruntergekommen, und trotzdem auch hier Heilung der Oberschenkelamputationswunde per primam ohne Fieber.

(Schluss folgt.)

Vermischtes.

— Am 16. Januar beging der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Facultät, Dr. E. Bogdanowski, das Fest seiner 25jährigen Lehrthätigkeit. Die hiesige «Gesellschaft russischer Aerzte», deren langjähriges Mitglied der Jubilar ist, hatte ihm zu Ehren eine Festsitzung veranstaltet, an welcher sämmtliche Professoren der Academie sowie mehrere Gäste theilnahmen. Nach einer Ansprache Prof. Botkin's, als Präsidenten der Gesellschaft, hielt der Prof. emer. Dr. Glebow eine der Feier des Tages gewidmete Rede, worauf die Verlesung der eingegangenen Adressen und die Ueberreichung eines reich verzierten Albums mit den Porträts der früheren Schüler des Jubilars stattfand.

— Prof. Dr. R. Volkmann in Halle ist in der deutschen Armee als Generalarzt I. Classe à la suite des Sanitäts-Officierscorps angestellt worden.

— Dr. Robert Murray, einer der ausgezeichnetsten amerikanischen Militärärzte, ist zum Surgeon general der Armee der Vereinigten Staaten ernannt worden. (D. m. W.)

— Die Vorlesungen über Laryngologie an der militair-medicinischen Academie sind bis zur definitiven Besetzung des betreffenden Lehrstuhls dem Privatdocenten Dr. Loesch übertragen worden.

— Der Quacksalber Turmanidse im Kaukasus ist für Abtreibung der Leibesfrucht bei der Fürstin Eristow, welche den Tod der Letzteren zur Folge hatte, zur Verschickung nach Sibirien verurtheilt worden. Auffallender Weise hat dieser Charlatan längere Zeit mit Wissen der Verwaltung des Kaukasus dort den etatmässigen Posten eines Arztes bekleidet.

— Die *Zahl der an der Dorpater Universität im I. Semester 1884 Neuimmatriculirten* beträgt in Allem 116 Immatriculirte, von denen 42 für das Studium der Medicin und 14 für Pharmacie inscribirt sind. Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden in Dorpat am 18. Januar dieses Jahres 1530 (gegen 1431 im vorigen Jahre), von denen gerade die Hälfte, nämlich 765, zur medicinischen Facultät (und zwar 652 Mediciner und 113 Pharmaceuten) zählt. Dann folgt die juristische Facultät mit 265, die theologische mit 202, die historisch-philologische mit 184 und die physiko-mathematische Facultät mit 114 Studirenden.

— Vor einiger Zeit wandte sich der «Serbe» Palkowitsch an den Medicinal-Rath mit der Bitte, man möge ihm gestatten ein von ihm erfundenes Mittel gegen Krebs anzuwenden; er erbot sich zugleich unter der Controle des Medicinalraths seine Cur an beliebigen Kranken, die man ihm zu diesem Zweck überlassen würde, prüfen zu lassen. Seiner Bitte wurde in soweit willfahrt, als der Medicinal-Rath 2 seiner Mitglieder mit Prüfung der Sache betraute und dem Palkowitsch eine Patientin mit offenem Mammacarcinom im Krebshospital auf Wassili-Ostrow als Versuchsperson überwies. Kaum war er soweit, als er mit Geldforderungen hervortrat, unter dem Vorwande, die Anfertigung seiner Mittel sei sehr kostspielig, das Hospital sei zu entfernt von seiner Wohnung u. s. w. Als ihm jede Geldunterstützung verweigert wurde, zog er sich auch von der angebotenen Prüfung zurück, und damit war die Sache eigentlich erledigt. Herr Palkowitsch aber benutzte die ihm ertheilte Erlaubniss zur Prüfung seiner Cur an der einen bestimmten Kranken, um in den Zeitungen reclamistisch zu annonciren: «er heile den Krebs *mit Erlaubniss des Medicinal-Raths*». Diese Reclame hatte denn auch Erfolg und mehrfache Anfragen wegen der neuen Cur liefen an Mitglieder des Medicinal-Raths ein! Es wurden nun freilich die nöthigen Schritte gethan, um weiteren Marktschreiereien vorzubeugen, allein es ist nur zu wahrscheinlich, dass der Schwindel im Stillen weiterblüht, daher haben wir uns veranlasst gesehn, vorstehende Mittheilung zu machen, um die Collegen über den «Serben» Palkowitsch und sein Treiben zu orientiren.

— Die kürzlich in St. Petersburg ins Leben getretene «*Gesellschaft russischer Zahnärzte*» führt sich vortheilhaft ein. Auf der Sitzung vom 22. Dec. wurde gegen das Reclame-Unwesen gesprochen und der Zahnarzt Ch. zur Rechenschaft gezogen, welcher Annoncen auf der Strasse vertheilen liess und eine übersetzte Broschüre als eigene Arbeit herausgegeben. Ch. versprach hinfort keine Reclame mehr zu machen. Der Verein beschloss: 1) Operationen unter Narkose nie ohne anwesenden Arzt zu unternehmen. 2) Keinerlei Reclamen über Zahnpulver, Plomben etc. seitens der Mitglieder zu dulden. 3) Die Zeitungsannoncen dürfen nur den Namen, Adresse und Sprechstunde enthalten und «Empfang, Behandlung und Plombiren und Einsetzen künstlicher Zähne.» (Wratsch № 52).

— Dem soeben veröffentlichten «allgemeinen Reichsbudget Russlands pro 1884» entnehmen wir folgende interessante Data darüber, wieviel in den einzelnen Ministerien für das Medicinalwesen verausgabt wird und welche Unterschiede die Jahre 1883 und 84 aufweisen

	1884	1883	1884
Ministerium des Krieges .	3.952677 R.	4.309410 R.	— 356733 R.
» » Innern . .	2 263263 »	2.245530 »	+ 17733 »
Marine-Ministerium . . .	868219 »	821908 »	+ 46311 »

Zur Erklärung muss hier gleich beigefügt werden, dass während im Kriegs- und Marine-Ministerium auch die Hospitalunkosten mit ein begriffen, dieses beim Ministerium des Innern nicht der Fall, da diese Kosten fast ausschliesslich von den Städten, der Semstwo oder einzelnen Wohlthätigkeitsinstitutionen bestritten werden. Dagegen ist in der Summe das Quarantaine-Wesen mit einbegriffen.

Beim Vergleich der oben angeführten Zahlen fällt uns vor Allem die bedeutende Herabsetzung des Budgets für das Militärsanitätswesen

auf. Es wäre höchst interessant von Militärcollegen darüber Auskunft zu erhalten. Das Ministerium des Innern hat das Budget etwas erhöht, dieses hängt wahrscheinlich mit der Aufbesserung des Gehaltes der Kreisärzte in einem Theil des Reiches zusammen. In erfreulicher Weise steigt das Budget für die Marine-Aerzte. Wie wir privatim erfahren soll die Gage derselben erhöht worden sein. Wann werden wohl die Civil-Hospitalärzte es erleben, dass ihr Gehalt verbessert wird?! Wenn es hoch kommt erhält ein etatmässiger Hospitalarzt gegenwärtig 600 Rbl. Rechnen wir täglich 2 Stunden Arbeit und dazu noch c. 3 Mal monatlich 24 Stunden Dejour, so ergiebt es sich, dass seine Arbeit mit c. 39 Kop. pro Stunde honorirt wird.

Zum Schluss erlauben wir uns noch die kleine Berechnung, wieviel % seiner Ausgaben jedes der genannten Ministerien zu medicinischen Zwecken verausgabt und es erweist sich, fürs

Ministerium des Krieges. . . . c. 1,9 %
» » Innern . . . . c. 3,2 %
Marine-Ministerium . . . . . c. 2,5 %

Wir verstehen nicht diese Verschiedenheiten zu erklären, es wäre jedenfalls eine dankenswerthe Aufgabe, wenn Collegen, die diesen Fragen näher stehen, uns darüber Aufklärung böten. In der Reichscontrole ist soviel uns bekannt kein Arzt für Controle des medicinischen Theiles angestellt und doch könnte eine derartige Einrichtung viel Nutzen bringen. P.

— Im Verkaufslocale des «St. Petersburger hygienischen Laboratorium für Nährstoffe» (СПБ. Гигіеническая Лабораторія питательныхъ веществъ), Liteinaja 60, erhält man unter Anderem auch Kefir. So dankenswerth es ist dass dieses verhältnissmässig neue, allmälig sich immer grössere Beliebtheit erwerbende diätetische Heilmittel auch dem Petersburger Publicum leicht zugänglich gemacht worden ist*), können wir doch nicht umhin auf einen Uebelstand aufmerksam zu machen. Es sind nämlich die Flaschen, in welchen der Kefir verkauft wird, nicht von gleicher Grösse und enthalten nicht die gleiche Quantität. In den grösseren Flaschen erhält man 16℥ Kefir, in den kleineren nur 12℥ — der Preis ist freilich derselbe; doch das ist Sache des consumirenden Publikums. Die geehrten Herren Collegen aber wollten wir auf diesen Umstand aufmerksam machen, damit sie wissen dass sie bei Angabe der zu brauchenden Dosis nicht die Flasche — weil das eine unbekannte Grösse ist — sondern ein Glas von bestimmter Grösse ihren Patienten als Maasseinheit anzugeben haben. H.

— bei Gelegenheit des VII. internationalen medicinischen Congresses in London (1881) die Frage über internationales Recht der ärztlichen Praxis verhandelt wurde und die Rede auf das bereits in England bestehende Gesetz kam, welches des Abiturienten der classischen Gymnasien des deutschen Reichs das Recht zuertheilt, in die englischen Universitäten und Collegien auf ihr Maturitätszeugniss hin ohne Examen eintreten zu können, plaidirte der den Petersburger Collegen wohlbekannte Dr. Higginbotham, welcher als Delegirter Russlands am Congresse theilnahm, dafür, dass dieselben Rechte auch den Gymnasien des russischen Reiches zugestanden werden möchten. Das sehr günstige Urtheil Prof. Billroth's über die Dissertationen der Dorpater medicinischen Facultät erweckte eine günstige Meinung auch über die Vorschulen derselben, die Gymnasien des Dörptschen Lehrbezirks. Dr. Higginbotham verstand es diese günstige Stimmung auszunutzen, und Dank seinen eifrigen und nicht wenig mühevollen Anstrengungen, nach fast zwei Jahre lang fortgeführter, nach den verschiedensten Richtungen hin geführter Correspondenz ist es ihm gelungen den officiellen Bescheid zu erwirken, *dass sämmtliche Gymnasien des Dorpater Lehrbezirks ganz gleiche Rechte in England zu geniessen hätten wie die des Deutschen Reiches, und namentlich dass die Abiturienten mit Maturitätszeugnissen auf englischen Universitäten und Collegien ohne Reexamination Aufnahme finden.* Es ist zu bemerken, dass alle übrigen, auch die österreichisch-ungarischen und schweizerischen Gymnasien dieses Recht nicht geniessen; eine Ausdehnung desselben auch auf die übrigen Gymnasien des russischen Reiches ist für jetzt noch eine offene Frage geblieben, die Frage nach der venia practicandi für ausländische Doctoren der Medicin sowie der Medicin und Chirurgie in England und seinen Colonien soll dagegen in der nächsten Parlamentssession zur Debatte gestellt werden. Obiger Beschluss ist bereits officiell durch den Curator des Dörptschen Lehrbezirks den Directoren der 11 ihm unterstehenden Gymnasien mitgetheilt worden; es sind die in Dorpat, Riga, Reval 2 (Gymnasium und Domschule), Mitau, Birkenruhe, Fellin, Libau, Arensburg, Pernau, Goldingen.

— Wie wir einem uns zugesandten Prospecte entnehmen, ist die Stadt Riga wiederum um eine Heilanstalt reicher geworden. Der als Specialist für Nervenkrankheiten auch in weiteren Kreisen bekannte rigasche Arzt Dr. Valentin v. Holst, Ordinator an der Abtheilung für Nervenkranke im allgemeinen Krankenhause daselbst, hat in Riga, Weidendamm № 25, eine *Heilanstalt für Nervenkranke* errichtet. Die Anstalt hat den Zweck durch ihre besonders darauf eingerichtete Organisation *Nervenkranken* beiderlei Geschlechts (*mit Ausschluss aller Geisteskranken*) Kur und Verpflegung zu bieten. Da die Erfahrung lehrt, dass Nervenkranke nur mit Erfolg behandelt werden können, wenn sie aller der auf sie einwirkenden krankmachenden Ursachen enthoben und andererseits unter die möglichst günstigen Lebensbedingungen versetzt werden, die Durchführung dieser Voraussetzung aber im eigenen Hause in den meisten Fällen durchaus unmöglich ist, so müssen dazu besondere Verhältnisse geschaffen werden und das soll eben die *Aufgabe der neu begründeten Anstalt* sein. Sie will den Kranken befreien von allem Dem was im eigenen Hause schwer auf ihm lastete, sei es Aufregung, Sorge, Arbeitsüberbürdung, sei es andererseits auch Uebermaass im Genuss des Lebens, seien es endlich schlechte Gewohnheiten, falsche Erziehung und unrichtige Behandlung von Seiten der Umgebung. *Die Anstalt soll ihm äussere und innere Ruhe bieten.* Dieses Ziel wird aber in erster Reihe erreicht durch den Einfluss einer streng geregelten Hausordnung, die jedem Einzelnen unter steter individueller Controle die ihm zuträgliche geregelte Lebensweise vorschreibt und sie durchzuführen erleichtert. Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass dieses im eigenen Hause, auch unter den günstigsten Bedingungen, meist nicht möglich ist. Dann bietet das unter der individualisirenden Controle des Arztes stehende gesellige Zusammenleben viele günstige Momente dar. Es bietet dem Einzelnen Trost in seinen Leiden, indem er einerseits Andere noch mehr leiden sieht, dann aber auch wieder bei Anderen die fortschreitende Besserung beobachten kann. Er wird von sich selbst abgezogen, indem er mit anderen lebt, die ebenso krank sind wie er und die ein Verständniss für seinen Zustand haben, während er ausserhalb der Anstalt sich stets verkannt fühlte in seinem gequälten Zustande oder aber verwöhnt wurde durch übertriebenes Mitleid oder falsche verzärtelnde Sorgfalt. Bei der Behandlung solcher Kranker soll in der Anstalt der Bedeutung der diätetisch und psychisch wirkenden Momente vollste Würdigung zu Theil werden, es soll aber auch der ganze therapeutische Schatz nach Möglichkeit zur Behandlung der Kranken ausgenutzt werden bei Vermeidung jeder Einseitigkeit. Es sollen in gleicher Weise je nach dem concreten Falle die Hülfsmittel der *Elektrotherapie*, der *Hydrotherapie*, der *Balneotherapie*, der *Mechanotherapie* (Massage) und der *Pharmakologie* zur Benutzung kommen. — Als besonders geeignet zur Behandlung in einer solchen Anstalt erscheinen die *allgemeinen functionellen Neurosen*, wie die *Neurasthenie* (allgemeine Nervosität) und die *Hysterie* in ihren vielfachen verschiedenen Erscheinungsformen, namentlich den schweren hysterischen Paroxysmen von *Katalepsie*, *Chorea major*, *Chorea minor*, *Hystero-Epilepsie* etc., dann aber auch die meist der Neurasthenie angehörenden Formen von Kopf- und Rückenschmerzen (*Migräne* und *Irritatio spinalis*). Ferner würden sich zur Aufnahme in die Anstalt eignen schwere Fälle von peripheren Nerven-Affectionen (*Paralysen*, *Neuralgien*, *Neuritiden*), *vasomotorische Neurosen* und weiter ein Theil von chronischen Rückenmarks-Krankheiten, bei denen noch ein therapeutischer Erfolg zu erwarten ist, so z. B. *Tabes dorsalis*, *Poliomyelitis anterior acuta*, beginnende *spastische Spinalparalyse* und die Folgen specifischer Vergiftungen (*Lues*, Bleivergiftung). Endlich kommt noch eine dritte Gruppe von Kranken in Betracht, bei denen es sich nicht um eine ausgesprochene, scharf zu diagnosticirende Erkrankung des Nevensystems handelt, sondern vielmehr um eine allgemeine *Angegriffenheit* und *Erschöpfung* oder *Reconvalescenz* von einer schweren Krankheit. Von der Aufnahme in die Anstalt sind alle *Geisteskranken*, ferner alle acuten (fieberhaften) Erkrankungen der nervösen Centralorgane und alle diejenigen Krankheitsfälle, denen die Anstalt voraussichtlich gar keine Hülfe wird bieten können, *ausgeschlossen*.

Die Heilanstalt liegt in einem entlegenen, dem geräuschvollen Gebiete der Stadt ganz entzogenen Theile Riga's, ist aber leicht von der Stadt zu erreichen. Die Anstalt hat nicht nur selbst einen grossen, schönen Garten, sondern ist auch von Gärten umgeben und grenzt namentlich mit der einen Seite an den in Riga durch seine prachtvollen alten Bäume und schattigen Gänge bekannten «Kaiserlichen Garten».

Von den Aufnahme-Bedingungen heben wir hervor:

Die Pensionszahlung (Minimalsatz) für Logis (ein eigenes Zimmer) mit Beheizung und Beleuchtung, Bedienung, volle und gute Beköstigung, die Benutzung aller Gesellschaftsräume und des Gartens, ärztliche Behandlung mit Einschluss etwaiger elektrischer Kuren und Benutzung aller Badeeinrichtungen (Massage ist extra zu bezahlen) beträgt 25 Rbl. wöchentlich praenumerando; bei Abmachungen auf längere Zeit (mindestens ½ Jahr) tritt eine Pensionsermässigung auf 450 Rbl. pro Halbjahr ein. Für besonders gut gelegene und besser ausgestattete Zimmer tritt eine entsprechend höhere Zahlung ein. Besondere Genussmittel, wie Wein, Bier, Selters werden extra in Rechnung gebracht, ebenso auch alle Arzeneien, wie ferner aussergewöhnliche Ansprüche an die Bedienung besonders berechnet werden. Auf Wunsch der Kranken ausgeführte Consultationen mit nicht an der Anstalt angestellten Aerzten werden besonders honorirt.

— Der «Breslauer ärztlichen Zeitschrift» entnehmen wir folgende Daten über das Medicinalwesen in Preussen, welche auch für unseren Leserkreis von Interesse sein dürften:

Die Zahl der in Preussen prakticirenden Aerzte beträgt zur Zeit 8601 (8458 im J. 1882 und 8336 i. J. 1881), die der Wundärzte 92 (gegen 95 i. J. 1882 und 119 i. J. 1881), wobei erwähnt wird, dass der älteste Arzt Preussens der Geheime Medicinalrath Dr. Schlegel in Liegnitz ist, der 1814 promovirte. Die Zahl der approbirten Zahnärzte in Preussen beträgt 247. Die Zahl der Kreisphysikate ist 472, die der Kreiswundarztstellen 427.

*) Eine andere Bezugsquelle befindet sich Mochowaja 19. Red.

Apotheken giebt es in Preussen 2463, so dass auf je 141,4 □ Meilen und 11,034 Einwohner 1 Apotheke kommt. In Berlin kommt auf 16,266 Einwohner, in Breslau auf 12,996, in Magdeburg auf 12,192, in Königsberg auf 10,839, in Köln auf 8,516 Einwohner je 1 Apotheke. Am wenigsten Apotheken besitzt der Regierungsbezirk Oppeln, wo auf 17,999 Einwohner 1 Apotheke kommt.

An den medicinischen Facultäten der 9 Landes-Universitäten wirken 89 ordentliche, 81 ausserordentliche Docenten und 122 Privat-Docenten.

— *Die Frage der Vivisection*, welche das preussische Abgeordnetenhaus bereits in der vorigen Session beschäftigte, unterliegt, wie die Regierung das Haus benachrichtigt hat, einer weiteren Erwägung und sind die medicinischen Facultäten der preussischen Universitäten zum Gutachten aufgefordert worden. Bei dieser Gelegenheit macht die «Deutsche med. Wochenschrift» die interessante Mittheilung, dass einer der hervorragendsten deutschen Physiologen, als die Interpellation über die Vivisection während der vorigen Session angekündigt war, die Bedeutung derselben für die Physiologie dem preussischen Ministerium in drastischer Weise gewissermassen graphisch dargestellt habe. Er nahm nämlich die neueste Auflage des bekannten Hermann'schen Grundrisses der Physiologie und strich in demselben alle diejenigen wohlbegründeten Thatsachen durch, welche ohne die Vivisection nicht hätten festgestellt werden können. Das Hermann'sche Buch machte nunmehr, — sagt die «D. med. Wochenschr. — den Eindruck, wie etwa eine politische liberale Zeitung in der schlimmsten Periode der russischen Censur, d. h. das Durchgestrichene überwog das Stehengebliebene.

— Im Verlage von R. Oldenbourg in München und Leipzig erscheint mit dem Beginn dieses Jahres eine neue hygienische Zeitschrift unter dem Titel «*Archiv für Hygiene*» welches von den Professoren der Hygiene v. Pettenkofer (München), Fr. Hofmann in (Leipzig) und J. Forster (Amsterdam) unter Mitwirkung zahlreicher auf dem Gebiete der Hygiene hervorragender Mitarbeiter herausgegeben wird. Es soll dieses neue «Archiv für Hygiene» ein Organ werden, in welchem die hygienischen Arbeiten von mehr abstracter wissenschaftlicher Tendenz auf experimenteller und kritischer Grundlage gesammelt werden und Hauptziel desselben sein, auf Grund experimenteller Arbeiten den Kreis der hygienischen Beobachtungen zu erweitern und durch Erlangung wissenschaftlicher Lehr- und Erfahrungssätze den Aufbau dieses *Faches zu fördern*. Die Namen der Herausgeber sowohl, wie auch *die der ständigen Mitarbeiter*, unter denen sich die ersten Autoritäten Deutschlands auf diesem Gebiete befinden, lassen erwarten, dass das «*Archiv für Hygiene*» unter den bestehenden hygienischen Fachblättern die erste Stelle einnehmen wird.

— Die «*Deutsche Medicinal-Zeitung*» welche unter der tüchtigen Leitung des Dr. Jul. Grosser in den 4 Jahren ihres Bestehens sich durch ihre Reichhaltigkeit viel Freunde unter den Collegen erworben, hat mit dem Beginn des neuen Jahres wiederum ihr Programm erweitert. Während sie bisher nur selten Original-arbeiten brachte, werden jetzt regelmässig Mittheilungen aus der Feder einer Reihe von namhaften Gelehrten erscheinen, wobei speciell die praktische Richtung im Auge behalten wird. In Folge dessen erscheint das Blatt nun 2 Mal *wöchentlich*, soviel uns bekannt das erste deutsche Fachblatt, welches so häufig №№ herausgiebt. An Beilagen werden, wie bisher, die «*Medicinal-Gesetzgebung*» und *Balneologische Mittheilungen*» regelmässig erscheinen. Wir wünschen der geehrten Collegin den besten Erfolg zu ihren bedeutenden Fortschritten, welche sie zu den besten Journalen Deutschlands zählen lassen! P.

Berichtigung.

Folgende Zuschrift ist uns mit der Bitte um Veröffentlichung eingesandt worden:

In № 2 der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift» des laufenden Jahrganges pag. 22, Zeile 49 ist zu lesen: «F. spült die Wundhöhle mit 10 %iger Chlorzinklösung dann aus, darauf Drainage und Verband mit in 5 %ige Carbollösung getauchter Lister'scher Marly».

Es sollte aber heissen: «F. spült die Wundhöhle mit 2 %iger Carbolsäurelösung gründlichst aus und entfernt dabei mit dem scharfen Löffel *vereiterte* Drüsen, falls solche vorhanden sind. Dann wird eine kleine Quantität 10 %iger Chlorzinklösung, und nach einigen Minuten ein kräftiger Strahl 5 %iger Carbolsäurelösung injicirt. Wenn man direct 5 %ige Carbolsäure- oder 10 %ige Zinklösung einspritzt, so coagulirt der Eiter und kann nicht entfernt, resp. desinficirt werden, was dem antiseptischen Verfahren widerspricht. Der grösste Werth liegt in dieser systematischen primären Desinfection. Ob Lister's oder gewöhnliche ungebleichte, lange Zeit in 5 %iger Carbolsäurelösung gelegene Marly gebraucht wird, ist ziemlich gleichgültig.»

Was die Zahl der Fälle betrifft, so habe ich auf Anfrage des Herrn Prof. Manassein ihm brieflich mitgetheilt, dass im Ganzen 11 Kranke mit Injectionen, 17 mit Incision, und 9 mit Incision und Evidement vereiterter Drüsen behandelt worden sind. Dieser Brief kam leider zu spät um die Zahlen noch in meinem Aufsatz bringen zu können. A. Feoktistow.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 22. Januar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3102	1814	4916
Kinderhospitäler	161	165	326
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd.,exanth.,rec.)	367	137	504
Scharlach	20	28	48
Pocken	7	9	16
Venerische Krankheiten	515	419	934

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 21. Januar 1884 besucht von 3050 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1382.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 15. bis 21. Januar 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
377	311	688	164	47	108	17	11	23	78	63	31	55	54	28	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 20, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 18, Scharlach 14, Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 1, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 13.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 22, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 34, acute Entzündung der Athmungsorgane 102, Lungenschwindsucht 114, andere Krankheiten der Brusthöhle 18, Gastro-intestinal-Krankheiten 112, andere Krankheiten der Bauchhöhle 31, angeboreneSchwäche und Atrophia infant. 46, Marasmus senilis 28, Cachexia 33.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 2, Mord 2.

— Andere Ursachen 18.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name.	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	30 Dec.—5 Jan.	181 732	80	15	22,9	18,7	36,9
Kopenhagen	2—8 Jan.	258 000	121	7	23,6	5,8	40,4
Berlin	6—12 Jan.	1 192 203	572	116	24,9	20,3	29,3
Wien	30 Dec.—5 Jan.	749 762	351	22	24,3	6,7	35,6
Brüssel	30 Dec.—5 Jan.	166 351	82	9	30,6	10,9	31,0
Paris	4—10 Jan.	2 239 928	1055	105	25,5	9,9	29,2
London	6—12 Jan.	3 955 814	1493	222	19,4	14,8	35,2
St. Petersburg	13—19 Januar	928 016	659	76	36,9	11,6	28,2

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 6. Februar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. Januar 1884.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 2. Februar a. c.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
*Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4 кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. № 11.
Fr. Kaufmann, Петербургская стор. малая Монетная домъ № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20, Quart. № 25.
Г-жа Уминская. Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас. Остр. 7-я линія, д. № 18 кв. № 12.

ОБЪ ИЗДАНІИ
„ДНЕВНИКА" КАЗАНСКАГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ.

«Дневникъ» Казанскаго Общества Врачей при Императорскомъ Университетѣ будетъ безостановочно выходить въ 1884 году, отдѣльными листами, два раза въ мѣсяцъ, такъ что годовое изданіе будетъ заключать въ себѣ не менѣе 24 листовъ.

Согласно постановленію Общества **«Дневникъ»** будетъ состоять изъ *двухъ отдѣловъ:* общаго и мѣстнаго.

Желающіе получать **«Дневникъ»** въ 1884 году своевременно благоволятъ адресоваться въ Казань, въ Общество Врачей при Университетѣ, прилагая три рубля за цѣлое годовое изданіе съ пересылкой. 19 (1)

In allen Buchhandlungen ist vorräthig:

Die Diphtherie.

Ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung.

Von Dr. **C. G. Rothe**, Altenburg.

Elegant in Leinwand gebunden. Preis 2 Mk. 40 Pf.

22 (1)

REAGENSPAPIER

zum Nachweis des Eiweisses im Harn.
Ein Couvert nebst Gebrauchsanweisung 25 Kop., mit Zusendung 30 Kop.

CAUTSCHOUKPFLASTER

nach Dr. **UNNA**,
auf Marly oder Seide, gegen Hautkrankheiten. Preiscourant gratis.

Newsky-Apotheke von A. Bergholz,
in St. Petersburg. 20 (1)

Готовится къ печати русскій переводъ 4-го изданія книги

Lehrbuch der Physiologie des Menschen

21 (1) **Dr.'a L. Landois'a.**

Книжный магазинъ К. Л. РИККЕРА, въ С.-Петербургѣ, Невскій просп. 14.

Печатается I-й выпускъ
ТРУДОВЪ ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ
въ С.-Петербургѣ 1883—84 г.

Содержаніе: 1) По поводу протокола вскрытія покойнаго И. С. Тургенева. Проф. С. П. Боткина. 2) Докладъ коммиссіи по вопросу объ опредѣленіи качества молока. Проф. Н. В. Соколова, Н. П. Васильева, проф. Н. И. Быстрова и Т. И. Богомолова. 3) О сущности нервныхъ болѣзней. П. И. Успенскаго. 4) Объ опухоли Н. И. Пирогова. Проф. Н. П. Ивановскаго. 5) О значеніи Н. И. Пирогова въ военной хирургіи. Проф. С. П. Коломнина. 6) О наказаніяхъ въ семьѣ и вліяніи ихъ на развитіе типа ребенка. Проф. П. Ф. Лесгафта. 7) По поводу хирургической статистики. В. Н. Попова.

Подписная цѣна за годъ съ доставкою и пересылкою 3 рубля. Подписка принимается у издателя **Карла Леопольдовича Риккера** въ С.-Петербургѣ, Невскій просп. № 14. 15 (1)

Въ Книжномъ Магазинѣ К. Л. РИККЕРА въ С.-Петербургѣ,
Невскій пр., № 14, продается

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВЪ И ФЕЛЬДШЕРСКИХЪ ШКОЛЪ.

составленное ординаторами С.-Петербург. воспитательнаго дома *А. И. Петровымъ*, *М. П. Сниткинымъ*, *М. С. Бокомъ* и аптекаремъ *Е. М. Герномъ*
въ 2-хъ частяхъ.

Содержаніе 1-й части: Анатомія, физіологія и хирургія и *2-й части*: Уходъ за больными, гигіена и діэтетика, фармакогнозія и фармація, фармакологія.

Спб. 1872—73 гг. Цѣна за обѣ части 1 р. 40 к. съ перес. 1 р. 60 к. 13 (1)

Saxlehner's Bitterquelle
HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich **„Saxlehner's Bitterwasser"** zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (26)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der 9
Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w. 16

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

Medico-mechanisches
INSTITUT.
St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Passive und active Bewegungscuren. Diätetische Muskelübungen. Orthopädische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und andere Deformitäten.

Saison vom 1. September bis 1. Mai.
Empfang täglich 11 Uhr.
139 (10) Dr. W. Djakowsky.

Goldene Medaille für Verbandstoffe.
Moskau 1882.
Das

Chemische Laboratorium
von
J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,
empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly, Cambric, Jute, Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte, Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung. 142 (3)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 26 Января 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.
IN ST. PETERSBURG. IN DORPAT. IN ST. PETERSBURG.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 5. **St. Petersburg, 5. (17.) Februar** **1884.**

Ueber die Behandlung von Herzleiden mit Milch.

Von

Dr. W. Schnaubert.

Bei Behandlung der Compensationsstörungen ist es unumgänglich nothwendig, nicht nur für Verstärkung der Thätigkeit des Herzens selbst, sondern auch für Entfernung derjenigen Hindernisse, welche das Herz zu überwinden hat, Sorge zu tragen. Die erstere Aufgabe wird durch Gebrauch der verschiedenen, direct auf das Herz wirkenden Mittel erreicht, die zweite complicirtere durch Behandlung einer ganzen Reihe von «ursächlichen» Leiden, zu denen unter anderen Erkrankungen der Verdauungsorgane und Anomalien in der Qualität und vielleicht auch in der Quantität des Blutes gehören. Unter den verschiedenen Mitteln, welche diesen letzteren «ursächlichen» Indicationen entsprechen, spielen die diätetischen Heilmethoden eine wichtige Rolle, die Trockendiät und insonderheit die Milchdiät. Diese letztere kann, wenigstens in der Form, in welcher wir sie verordnen, in eine Reihe mit den mächtigsten, bei Herzkrankheiten gebrauchten Mitteln gestellt werden, Dank der Vielseitigkeit ihrer segensreichen Wirkung.

Die Milchcur ist schon seit langer Zeit bei der Herzwassersucht empfohlen worden, doch ist sie mehrfach, gleich vielen anderen Mitteln, der Vergessenheit anheimgefallen. Zu jetziger Zeit ist ihre Anwendung, — sogar in Russland, Frankreich und England, wo die Milchcur sich der grössten Popularität erfreut, — weit weniger ausgebreitet, als sie verdiente. Die Literatur der Milchcur ist sehr umfangreich, doch sind die Fragen betreffend ihre Wirkungen und ihre Indicationen noch lange nicht entschieden, und daher halten wir es nicht für überflüssig, jene Resultate, zu denen wir in unserer unlängst veröffentlichten Arbeit[1]) gelangt sind, in Kürze mitzutheilen, indem wir dabei in Betreff der genaueren Einzelheiten auf das Original verweisen.

Vor Allem ist es nothwendig zu bemerken, dass wir die sogenannte *strenge* Milchdiät in Anwendung ziehen; wir beginnen mit kleinen Dosen abgerahmter Milch, und richten uns bei der Bestimmung derselben nach der Quantität des Harns; die 24stündige Milchquantität darf die 24stündige Harnquantität nicht überschreiten. Wir geben die Milch in 4 Dosen im Verlauf des Tages, und erhöhen dieselben allmälig bis zu der individuell genügenden Quantität. Dabei verbieten wir streng jegliche andere Nahrung oder Getränk, zum Mindesten während der ersten Tage der Diät. Die Cur kann verschieden lange währen; in der Mehrzahl der Fälle ist der Erfolg um so grösser, je länger sie währt. Die strenge Milchdiät verdient fast in allen Fällen von Herzkrankheiten den Vorzug vor den anderen Formen der Milchcur; ihre Vorzüge bestehen in Schnelligkeit der Wirkung, in präciserem Einfluss auf die Stockungen und die Oedeme, im Nichteintreten von Verdauungsstörungen, welche bei reichlichem Milchgenuss so überaus häufig sind. In keinem Falle hat man einen Verfall der Ernährung zu befürchten, da gewöhnlich die Aufnahme von Ernährungsmaterial schon früher sehr verringert war, gerade in Folge von Verdauungsstörungen, und andererseits bei erschöpften Kranken schon geringe Quantitäten eines solchen leicht assimilirungsfähigen Nahrungsmittels wie Milch genügen, um das Ernährungs-Gleichgewicht zu unterhalten. Ebenso braucht man auch eine Erschöpfung des Herzmuskels in Folge des kurzdauernden Hungerns, wie es im Beginn der

[1]) Zur Frage von der Behandlung der Herzkrankheiten vermittelst Milch. Moskau 1883.

Milchdiät unvermeidlich ist, durchaus nicht zu befürchten, da nachgewiesen ist, dass selbst bei absolutem und langdauerndem Hungern der Herzmuskel sich weder in seinem Gewicht noch in seiner Structur verändert.

Nach den Worten von Prof. Botkin[2]) kann die Milchdiät auch in frühen Stadien von Herzkrankheiten, wo nur Innervationsstörungen des Herzens vorhanden sind, von Nutzen sein; wir selbst haben keine Gelegenheit gehabt, die Wirkung der Diät in solchen Fällen zu beobachten, und das unten Gesagte bezieht sich auf Fälle vollkommener Compensationsstörung, mit Leere der Arterien und Ueberfüllung der Venen. In der Mehrzahl dieser Fälle tritt die Besserung bei strenger Milchdiät überraschend schnell ein, und der Effect tritt durch den Umstand noch deutlicher hervor, dass vorher nicht selten schon derartige verlässliche Mittel wie Digitalis resultatlos gebraucht worden waren. Gewöhnlich ist schon am ersten oder zweiten Tage der Diät eine deutliche Besserung zu bemerken, welche sich in Minderung der Athemnoth, Zunahme des Urins, Besserung der Verdauung ausdrückt; zuweilen kann man schon zu dieser Zeit eine mehr oder weniger bedeutende Besserung seitens der Herzthätigkeit beobachten, doch erhält man in der Mehrzahl der Fälle die besten Resultate in dieser Hinsicht vom 3. bis 7. Tage der Diät; dann nehmen auch sichtlich die Stockungen in den parenchymatösen Organen ab, und die hydropischen Ausschwitzungen werden resorbirt. Nach 7—15 Tagen oder noch später, — je nach der Dauer der Störungen, — stellen sich Blutumlauf und Harnausscheidung wieder vollkommen her und die Oedeme verschwinden. Noch später kann man auch eine Besserung der Ernährung constatiren. Es versteht sich von selbst, dass in einzelnen Fällen diese oder jene Abweichungen von diesem Schema des Krankheitsverlaufs unter dem Einflusse der Milchdiät vorkommen; bei tiefgreifenden Affectionen der Nieren, der Leber und anderer wichtiger Organe kann die Besserung auch eine unvollständige sein, oder sogar gar nicht eintreten. Eine ausschliessliche Eigenschaft der Wirkung der Milchdiät besteht darin, dass bei ihr die Besserung der Kreislaufsstörungen — die Verminderung der Stockungen — früher eintreten kann, als die Besserung der Herzthätigkeit, während bei Anwendung der Herzmittel die Regulirung des Herzens und die Steigerung des arteriellen Druckes gewöhnlich die erste Erscheinung bilden.

Betrachtet man die Wirkung der Milchdiät auf die Herzfehler näher, so kann man sich leicht überzeugen, dass ihr Einfluss auf die anatomischen Veränderungen des Herzens ein sehr beschränkter ist: unzweifelhafte Besserung kann man nur bei Herzverfettung[3]) und bei Erweiterung seiner Höhlen erhalten, besonders wenn letztere acut entstanden ist[4]). Was die Fettmetamorphose und die Hypertrophie des Herzmuskels anbetrifft[5]), so ist die Annahme, dass dieselben durch eine Milchcur heilbar wären, bisher nicht bewiesen. Ebenso sind keinerlei Veränderungen an erkrankten Klappen zu beobachten, weder bei Atheromatose, noch bei Endocarditis. Somit beschränkt sich der Einfluss der Milchdiät auf das Herz fast ausschliesslich auf dessen functionelle Störungen, dafür aber ist ihr Einfluss in dieser Sphäre ausserordentlich prägnant; dieser Einfluss hat sedativen und regulirenden Charakter und manifestirt sich in Verlangsamung der beschleunigten Herzcontractionen, Herabsetzung der erhöhten Erregbarkeit des Herzens, Wiederherstellung des normalen Rhythmus und Schwinden der Sensibilitätsstörungen, — Angina pectoris etc. Dass dabei gleichzeitig auch die nutzbringende Arbeit des Herzens erhöht wird, beweist der ganze Krankheitsverlauf unter dem Einfluss der Diät.

Obgleich der Einfluss der Milchdiät auf die Herzthätigkeit so deutlich ist, sind wir noch weit entfernt davon, die Frage umfassend zu beantworten, auf welche Weise die Diät ihre Wirkung entfaltet. Einige unserer Daten erlauben uns den Schluss zu ziehen, dass die Wirkung der Diät sich hier aus mehreren Factoren zusammensetzt, und unter denen können wir auf die Eigenschaften der Milch selbst und auf die ungenügende Zufuhr hinweisen. Wir haben bisher keine sicheren Daten, um eine directe Wirkung der Milchbestandtheile auf das Herz anzunehmen, wenigstens in Bezug auf die Kalisalze und die Milchsäure, — und zwar deshalb, weil hier gerade kleine Milchdosen am besten wirken. Ebenso ist die Annahme durchaus nicht bewiesen, dass die Herzregulirung bei Milchdiät vom Einfluss der Milch auf die allgemeine Innervation abhängt: unsere eigenen Beobachtungen zeigen, gleich den Hinweisen anderer Autoren, dass die Milchdiät eine unzweifelhafte directe sedative Wirkung auf das Nervensystem bei Gesunden und bei einigen allgemeinen Neurosen ausübt, doch kann man bei Compensationsstörungen eine solche Wirkung nicht verfolgen. Dagegen kann man mit Sicherheit sagen, dass bei der Herzregulirung die Hauptrolle der Verminderung reflectorischer Erregungen des Herzens zufällt, speciell seitens der Digestionsorgane. Verschiedene Digestionsstörungen sind ausserordentlich oft die Veranlassung zu Störungen der Herzthätigkeit. In solchen Fällen verschwinden beim Uebergange zur Milchdiät vor Allem die Symptome erschwerter Digestion und die Irritabilität des Magen-Darmcanals wird prägnant herabgesetzt; in Verbindung damit beginnt auch die Herzregulirung. Die günstige Wirkung der Diät auf die Verdauungsorgane erklären wir durch die leichte Verdaulichkeit der Milch, die Verminderung der Fäces im Darmcanal und durch das Nichtstattfinden von Gasbildung im Darm bei der normalen Milchverdauung (wenn keine Fettsäuren gebildet werden). Derart ist die Wirkung der Milchdiät auf die Digestionsorgane durch die Eigenschaften der Milch selbst bedingt.

Andererseits erscheint es uns unzweifelhaft, dass die Wiederherstellung der Compensation auch von der ungenügenden Zufuhr bei der Milchdiät in directer Abhängigkeit steht, wobei eine wichtige Rolle der verringerten Wasserzufuhr zufallen dürfte. Diese Annahme wird durch die grosse Uebereinstimmung vieler Erscheinungen bei strenger Milchdiät und bei Trockendiät unterstützt[6]). Es ist nichts leichter, als sich am Krankenbett davon zu überzeugen,

[2]) S. Wassiljew: Ueber die Milchcur. St. Petersburg 1882.

[3]) Mokritzki: Wojenn. medic. Journal, 1873, Sept.

[4]) Pécholier: Indications d'emploi de la diète lactée. Paris 1866.

[5]) Destureaux: De la dilatation du coeur. Paris 1879. — Potain: Journal de thérap. 1880, № 17.

[6]) Cheadle: Lancet 1877, 24. Nov., 15. Dec. — W. Schnaubert: Wratsch 1882, № 52.

dass reichlicher Milchgenuss die Stockungen und Oedeme vermehren und die Herzthätigkeit verschlechtern kann, ganz ebenso, wie das bei reichlichem Wassergenuss beobachtet wird. Umgekehrt gehen bei strenger Milchdiät die Zunahme des Urins, die Abnahme der Oedeme und Stockungen ganz in derselben Weise vor sich, wie bei der Trockendiät, der Unterschied besteht nur darin, dass bei letzterer die Hebung der Digestion nicht so deutlich, und der Durst so heftig ist, dass man ihn nicht länger als 4 bis 5 Tage aushalten kann. Die Aehnlichkeit kleiner Dosen Milch mit der Trockendiät wird auch durch die gleiche Wirkung beider auf die Harnabsonderung bei Gesunden bestätigt, wo, nach an uns selbst angestellten Beobachtungen, die Wasserausscheidung durch den Urin die Einfuhr übersteigt. Es ist unzweifelhaft, dass auch bei Compensationsstörungen des Herzens, Dank der verminderten Wasserzufuhr, einige Bedingungen in's Leben treten, welche die Herzthätigkeit erleichtern können.

Vor Allem führen wir die Zunahme des Urins hier an, eine der directen, primären Wirkungen der Milchdiät bei Stauungsniere. Die harntreibende Wirkung der Diät drückt sich hier in folgenden Hauptzügen aus: 1) Kleine Quantitäten Milch vermehren die Harnquantität: während der ersten Tage der Diät werden in allen Fällen mit dem Urin mehr als 100% des mit der Milch aufgenommenen Wassers ausgeschieden; oft erhält sich dieses Uebergewicht der Ausscheidung 1—2 Wochen lang, erreicht 200% und mehr, und bildet sich unzweifelhaft auf Kosten des Wassers in den Geweben und im Blut, was man aus der schnellen Verringerung der Oedeme und der Stockungen entnehmen kann. 2) Bei allmäliger Vergrösserung der Milchdosen bleibt die Harnabsonderung eine reichliche, sinkt nicht tiefer als 60—70%. 3) Umgekehrt vergrössert sich bei schnellem Uebergange zu grossen Quantitäten Milch die Harnquantität nicht (bei durch Herzkrankheit veränderter Niere), kann sogar sinken. Unter solchen Bedingungen vergrössert sich der Wassergehalt im Blute und den Geweben, nehmen die Stockungen und der Hydrops zu. Die Eigenthümlichkeiten der harntreibenden Wirkung der Milchdiät bei Compensationsstörungen bestehen darin, dass dieselbe deutlicher ist bei verringerter Zufuhr, bei geringen Quantitäten Milch, und darin, dass sie früher als die Herzregulirung auftreten kann, früher als die Erhöhung des arteriellen Druckes, — worüber ich auf unsere früher erwähnte Arbeit verweise.

Dasselbe, was wir vom Einfluss der Milchdiät auf die Stauungsniere gesagt haben, kann man auch von ihrem Einfluss auf die Stauungen in anderen Organen sagen: sie schwinden am besten bei ungenügender Zufuhr und wir haben oft ihre Abnahme früher constatirt, als die Herzthätigkeit sich gebessert hatte und ohne entsprechende Füllung der Arterien, — ähnlich wie das auch bei der Trockendiät beobachtet wird.

Eine genaue Erklärung der Wirkungsweise der Milchdiät würde hier zu viel Raum beanspruchen, und wir verfügen auch nicht über genügende Daten zur allseitigen Beurtheilung dieser Frage. Daher beschränken wir uns auf den Hinweis darauf, dass man die harntreibende Wirknng der Milchdiät als den Ausdruck der verminderten Stauung in den Nieren anzusehen hat. Die Stauungsverminderung in den Nieren erfolgt ähnlich der Stauungsverminderung in den anderen Organen, und hängt offenbar in hervorragendem Maasse von der Verminderung der allgemeinen Blutquantität im Gefässsystem ab, welche ihrerseits die Folge der verminderten Zufuhr bei gleicher oder sogar verstärkter Ausscheidung ist. Die Milchdiät kann man ein venöses harntreibendes Mittel nennen, im Gegensatz zu der Digitalis u. s. w., welche die Harnvermehrung auf dem Wege des arteriellen Druckes bewirken.

Die Wiederherstellung der normalen Beziehungen zwischen dem venösen und arteriellen Druck, welche in Folge von Herzschwäche in Unordnung gerathen waren, vollzieht sich bei der Milchdiät auf dem Wege der Erniedrigung des abnorm hohen Venendruckes. Dieser Umstand leistet der Wiederherstellung der Blut-Circulation Vorschub, erleichtert dem Herzen seine Arbeit.

Wiederholen wir in Kürze das oben Gesagte: Die Wirkung der Milchdiät bei Compensationsstörungen des Herzens wird durch zwei Factoren bedingt: 1) durch die Eigenschaften der Milch selbst, deren Wirkung sich im Einfluss auf das Digestionsorgan und vielleicht auch auf das Nervensystem ausdrückt, — letzteres ist übrigens noch nicht bewiesen; 2) durch die Verringerung der Zufuhr, vor Allem der Wasserzufuhr, als deren Folge Verringerung der allgemeinen Blutquantität sich einstellt, speciell Verringerung der venösen Stauungen; hierher gehört auch die initiale Harnvermehrung. Der Einfluss der Milchdiät auf die Ernährung ist ebenfalls vor Allem durch die relativ genügende Quantität der Zufuhr von Nährsubstanzen in jedem einzelnen Falle, welcher der Milchcur unterzogen wird, bedingt.

Was die präcis regulirende Wirkung der Milchdiät auf das Herz bei Compensationsstörungen desselben betrifft, so ist dieselbe unserer Meinung nach durch Verringerung der dem Herzen seitens des Magens und Darmcanals übermittelten Irritationen bedingt, sowie auch durch Verminderung der Widerstände seitens des Gefässsystems, wohin die Verminderung der Venenstauungen und die Zunahme des Urins gehören. Der Einfluss der Milchdiät auf die allgemeine Innervation und Ernährung muss ohne Zweifel ebenfalls der Wiederherstellung normaler Herzthätigkeit dienlich sein, doch spielt dieser Einfluss hier offenbar eine Nebenrolle. Eine directe Wirkung der Milch auf das Herz ist ebenso wie eine directe Wirkung derselben auf die secernirenden Organe der Nieren durchaus nicht bewiesen.

Auf Grundlage der Eigenschaften der Milchdiät, soweit dieselben bei klinischen Untersuchungen sich herausgestellt haben, können wir einige ihrer Indicationen bei Krankheiten des Herzens formuliren.

1) Sie ist in den Fällen indicirt, wo die Störung der Herzthätigkeit von Reizungen des Magen-Darmcanals durch die Contenta desselben, — Speisen oder Gase, — abhängt (bei Dyspepsie, Atonie (nervöser Dyspepsie?), Catarrh des Magens oder des Darmes. Eine Ausnahme bilden die Fälle, in welchen die Milch schlecht vertragen wird (übermässige Schleimbildung im Magen, Säufercatarrh, Helminthen, Idiosynkrasie), oder wo sie keinerlei Wirkung hervorbringt (Geschwülste, Lebercirrhose u. s. w.). Vielleicht wird sich die Milchdiät auch bei den Störungen der Herzaction nütz-

ich erweisen, welche sich reflectorisch bei Nieren-Gries entwickeln.

2) Wo die Störung der Herzthätigkeit durch ungenügende Harnabsonderung unterhalten wird, speciell bei Stauungsniere und acuter parenchymatöser Nephritis (letzteres vorläufig in Form einer Annahme). In vielen Fällen interstitieller Nephritis ist keine Indication vorhanden.

3) Bei Störungen der Herzthätigkeit, welche von bestimmten Ernährungsstörungen abhängen; hierher gehören sowohl die von allgemeiner Verfettung abhängenden Störungen, als auch diejenigen, welche in Darniederliegen der Ernährung ihren Grund haben (Anämie u. A.); es ist sehr wahrscheinlich, dass die Milchdiät sich auch bei denjenigen Störungen der Herzaction, welche sich im Verlaufe einiger constitutioneller Krankheiten entwickeln, nützlich erweisen wird (Podagra, Scorbut). Gegenindicationen können in dieser Gruppe sein: hoher Grad von Erschöpfung, wenn man dabei die Milchdosen nicht schnell steigern darf, und hoher Grad von chronischem Alcoholismus, in welchem Falle excitirende Mittel erforderlich sind.

4) Bei Störungen der Herzaction, die von allgemeiner Plethora abhängen, sowohl beständiger (Plethora vera), als auch temporärer (entstehend beim Sistiren gewohnter Ausscheidungen, Hämorrhoiden, Regeln in der klimakterischen Periode).

5) Vielleicht bei Störungen der Herzaction, die mit einigen allgemeinen Neurosen verknüpft sind (bestimmte Formen von Hysterie, Erethismus u. s. w.), und dabei unabhängig vom Einfluss der Diät auf die Ernährung. Seitens einer Grundkrankheit vermögen wir keine Indication vorzubringen (mit Ausnahme der Verfettung).

Somit erfüllt die Milchdiät viele, verschiedenen Störungen der Herzthätigkeit gemeinsame causale Indicationen; dadurch erklärt es sich, weshalb sie in diesen Grenzen bei allen Störungen der Compensation angeordnet werden kann, bestehe dieselbe nun in übermässiger Steigerung der Herzthätigkeit mit Ueberfüllung der Arterien, oder umgekehrt in Schwäche derselben mit Leere der Arterien und Ueberfüllung der Venen. Man kann hierzu etwa nur das hinzufügen, dass die Milchdiät offenbar in den Fällen vorzugsweise anzuordnen ist, wo die Erregbarkeit des Herzens erhöht ist (Hyperaesthesia, Hyperkinesis) und in den Fällen, wo die Erschlaffung des Herzens von einfacher Ermüdung oder von mässigen Graden von Atheromatose, Fettdegeneration u. s. w. abhängt. Bei herabgesetzter Erregbarkeit des Herzens kann die Milchdiät gar keinen Erfolg haben, wie ein uns bekannter Fall beweist. Ernstere Gegenindicationen für die Milchdiät können hohe Grade von Verengerung der Herzostien und von Fettdegeneration des Herzmuskels abgeben, in welchen Fällen man nicht lange bei kleinen Quantitäten Milch stehen bleiben kann, und grosse Quantitäten die Thätigkeit des schon ohnehin geschwächten Herzens zu sehr erschweren würden.

Die von uns angeführten Indicationen für Anordnung der Milchdiät haben selbstverständlich zum Zweck, nur die allgemeine Direction anzugeben, die einzuhalten ist, und im gegebenen Falle müssen die Indicationen streng individualisirt werden. Ohne diese letztere Bedingung wird die Milchdiät nicht nur keinen Nutzen bringen, sondern kann, wie jede Routine-Behandlung, sogar schädliche Folgen nach sich ziehen.

Referate.

S. Tomaschewski (Kiew): **Ueber Anwendung der Elektricität bei einigen Formen venerischer und syphilitischer Erkrankungen. Vorläufige Mittheilung.** (Wratsch № 52. 1883).

Vf. hat im Kiew'schen Militairhospital eine Reihe von Versuchen angestellt, den galvanischen Strom zur Behandlung venerischer Affectionen zu verwerthen, namentlich bei Epididymitis, Funiculitis, entzündlichen, strumösen und syphilitischen Bubonen. Er benutzte theils die polare, theils die Application des constanten Stromes (von 15 Elementen). Die Sitzungen fanden entweder täglich oder über einen Tag statt und dauerten 5 Minuten.

1. Epididymitis und Entzündung des Vas. deferens. 10 Fälle. Die entzündlichen Erscheinungen schwanden durchweg sehr schnell, die Schmerzen liessen schon nach der ersten Application nach. Die Geschwulst schwand nach 4—6 Sitzungen. Je frischer der Fall, um so früher trat die Wirkung auf. Durchschnittlich trat in 7 Tagen Heilung ein (Maximum 9 Tage, Minimum 4 Tage). Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

2. *Entzündliche und strumöse Bubonen.* Die Elektrisirung wurde in 20 Fällen bei 25 Bubonen angewandt und zwar war es bei 15 Bubonen vor Beginn der elektrischen Behandlung schon zur eitrigen Schmelzung gekommen. In 2 dieser Fälle gelang es vollständige Resorption zu erzielen, in 13 Fällen wurde der Eiter durch Punction entleert, worauf die Drüsenschwellung durch den galvanischen Strom leicht zum Schwinden gebracht werden konnte. Bei 5 Bubonen, wo noch keine Eiterung vorhanden, wurde 3 Mal völlige Resorption erzielt, 2 Mal trat Eiterung ein, die doch schliesslich die Punction verlangte. Bei 4 strumösen Bubonen erzielte Vf. günstige Resultate. Die Schnelligkeit der Resorption hängt einerseits von der Grösse der Drüsenschwellung, andererseits von der Zeit des Bestehens des Bubo ab. Die Durchschnittsdauer bis zur Heilung strumöser Bubonen betrug 20 Tage (16—30), bei entzündlichen, noch nicht vereiterten — 7 Tage, bei vereiterten Bubonen — 19 Tage (Minimum — 12, Maximum — 29). Auch hier hebt Vf. die schmerzstillende Wirkung hervor.

3. *Syphilitische Adenitis.* 5 Fälle, von denen es nur in einem schon zum Ausbruch des Exanthem gekommen. Vf. meint, dass die Elektrisirung die Entstehung weiterer Drüsengeschwülste verhindert (z. B. wo die Adenitis nur einseitig bei Beginn der Behandlung, trat sie auf der anderen Seite nicht auf). Die secundären Erscheinungen traten in den 4 Fällen langsam und in geringem Grade auf und hatten einen gutartigen (?) Charakter. Hieraus zieht Vf. den etwas optimistischen Schluss, man könne hoffen, dass die Elektrisirung sich als ein Mittel erweise, den Charakter und Verlauf des syphilitischen Processes beliebig abzuschwächen. P.

Perkowski: **Die Durchschneidung eines Astes des N. auriculo-temporalis als Heilmittel gegen hartnäckige neuralgische Schmerzen im Unterkiefer.** (Wojen.-med. Sh. 1883. № 11).

67-jähriger verabschiedeter Soldat litt seit 5 Jahren an häufigen und heftigen neuralgischen Schmerzen in den Verzweigungen des linken N. dentalis inferior, die Anfälle wurden durch die geringfügigsten Ursachen, wie den Versuch zu sprechen, zu essen, die schmerzhafte Stelle zu berühren, hervorgerufen und wichen keinerlei Behandlung. Desshalb durchschnitt Verf. dem Beispiele Richet's (traité pratique d'Anatomie chirurgicale édit. 3 1866 p. 428) folgend die Zweige des N. auriculo-temporalis, worauf die Neuralgie vollständig schwand. Der Schnitt wurde senkrecht auf die Verästelung des Nerven vor der Ohrmuschel geführt, wobei die, den Stamm des Nerven begleitende Art. temporalis geschont und nur die zum Ohrknorpel gehenden Aeste durchschnitten wurden. Nach Richet (l. c.) giebt der Hauptast des N. temporalis einen directen Verbindungsast zum N. temporo-facialis (vom Facialis), welcher zwischen dem Fortsatz des Unterkiefers und dem knorpligen Theile des äussern Gehörgangs verläuft und es muss während der Operation der Mund ein wenig geöffnet bleiben, damit der Zwischenraum zwischen dem Köpfchen des Unterkiefers und dem Antitragus grösser werde; der Schnitt selbst darf nur 10 Mm. lang und 5 Mm. tief sein. Hz.

A. Landerer: **Ueber die Behandlung des Fungus mit Arsenik.** (Centralbl. f. Chirurg. 1883. № 47).

Durch den oft zweifelhaften Erfolg der Hüter'schen Carbolinjectionen bei fungösen Gelenkleiden enttäuscht, versuchte Verf. die von H. Buchner in seinem Buche: Aetiologische Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose› empfohlene Arsenikbehandlung. Verf. gebietet bisher über keine grosse Casuistik, er kann nur über fünf Fälle berichten, dafür erscheinen diese aber recht überzeugend; es waren alle fünf Patienten Erwachsene, die fast alle Jahrelang litten und durch Arsenikgebrauch in einigen Wochen ganz oder fast

ganz geheilt wurden. Im ersten Falle wurden folgende Dosen gegeben, die ersten drei Tage 0,004, dann 0,008, vom 8. Tage an 0,012 täglich. In das fungös entartete Gelenk wurde injicirt Solutio acidi arsenicosi aquosa 1 : 1000, erst täglich eine Spritze, später 2. Spritzen voll. Die Einspritzungen wurden erst nach c. 14 Tagen schmerzhaft. Die Abschwellung des Gelenkes trat allmälig, aber präcise ein. Die sehr herabgekommene Patientin «sah bei der Entlassung fast blühend aus». Menge des verbrauchten Arsenik c. 0,5 g. Acid. arsenicos. Die übrigen Pat. wurden entsprechend behandelt.

Gleichzeitige Versuche an Kaninchen haben dem Verf. auch eine entschieden erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen Impfung mit zweifellos tuberculösen Massen ergeben. Die Aufbesserung des allgemeinen Kräftezustandes der Pat. war in jedem einzelnen Falle ganz augenfällig. Doch will Verf. keineswegs mit Buchner behaupten, dass die örtliche Behandlung der tuberculösen Affectionen zu vernachlässigen sei. T.

Lennox Browne: Die Photographie des Larynx und des weichen Gaumens. (Brit. med. journ. 1883. № 1191.)

B. ist es gelungen, das laryngoskopische Bild des Kehlkopfes, sowie die Stellung des weichen Gaumens und der Zunge beim Singen verschieden hoher Töne auf photographischem Wege zu fixiren und zwar, wie das beigegebene, *nicht retouchirte* Original zeigt, in recht befriedigender Weise. (Die Abbildungen der meisten seiner wenigen Vorgänger lassen so starke Mithülfe des Retoucheurs erkennen, dass sie nicht ganz naturgetreu genannt werden dürfen).

Indem wir in Betreff der Details, welche sich auf das, in der Photographie von den gewöhnlichen Darstellungen in den Handbüchern etwas abweichende Bild des Kehlkopfsinneren beziehen, sowie in Bezug auf die höchst interessanten Angaben über die Veränderung der Stellung der verschiedenen Abschnitte des Rachens bei Veränderung des zu singenden Tones, auf das Original verweisen, wollen wir hier den zur Verwendung gekommenen Apparat in Kurze skizziren. Die Lichtquelle wurde von einer Siemensschen elektrischen Lampe von 10,000 Kerzen Stärke geliefert. Zur Absorption der Wärmestrahlen war ein Linsenapparat mit darin circulirendem Wasser eingeschaltet; das durch ein 2. Linsensystem gesammelte Licht wurde durch einen Planspiegel in den Rachen hineingeworfen. Dauer der Aufnahme ¼ Secunde.

Das untersuchte Individuum, ein Gesanglehrer, bei dem ein störendes Moment, nämlich die Nothwendigkeit die Zunge zu fixiren fortfiel, da er dies Organ volltsändig in seiner Gewalt hatte, hielt selber den Larynxspiegel und controlirte selber dessen Einstellung in Bezug auf das laryngoskopische Bild, sowie dessen Stellung zum photographischen Apparat und zwar mittelst eines entsprechend angebrachten anderen Planspiegels. —s.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. A. Schulgin: Schema des Faserverlaufs im cerebrospinalen Nervensystem des Menschen. Mit 2 chromolithographischen Tafeln. (Russisch.)

Schemata von anatomischen Verhältnissen werden gewöhnlich entworfen, um dem Gedächtniss, welches das Bild des betreffenden anatomischen Präparates nicht festhalten kann, durch eine Vereinfachung der vorliegenden Verhältnisse zu Hülfe zu kommen. Ref. *zweifelt* daran, dass das vorliegende Schema diesen Zweck erfüllen könnte, denn abgesehen von den vielen durch- und nebeneinander gezogenen farbigen Linien, die verwirrend wirken, sind die einzelnen Theile der Centralorgane auseinander gezerrt und aus ihrer natürlichen gegenseitigen Lage gebracht, so dass es einer bedeutenden Anstrengung der Phantasie bedarf, um die einzelnen Faserzüge wiederum an ihre rechte Stelle zu rücken. Die Schemata der Rückenmarksquerschnitte dagegen sind sehr anschaulich gezeichnet. Hz.

L. v. Lesser: Fünf Jahre poliklinischer Thätigkeit (1877 bis 1882). Verlag v. F. C. W. Vogel. 125 Seiten.

Verf. referirt über 5818 Pat., welche sich aus 715 innern, 88 gynäkologischen, 775 Haut-, 215 Ohrenkranken und über 4000 chirurgischen Kranken zusammensetzen. Durchschnittlich kommen pro Pat. 3,93 Consultationen. — Leider besteht der Bericht fast ausschliesslich aus einer Zusammenstellung der Diagnosen, nur sehr vereinzelt geht Verf. auf Fragen von allgemeinerem Interesse ein, dabei wiederholt auf früher anderweitig publicirte oder noch zu erscheinende Arbeiten verweisend. Für den praktischen Arzt dürfte Folgendes von Interesse sein: Verf. empfiehlt bei plastischen Operationswunden im Gesicht Bepinseln der Wundlinie mit Perubalsam, welches sich ihm «an Stelle eines antiseptischen Occlusivverbandes trefflich bewährt hat».

Es wurden beobachtet 1 acute Carbolintoxication mit Krämpfen und Bewusstlosigkeit nach einer Eingiessung von 1 Liter 1% Carbollösung in den Mastdarm. Während 24 Stunden war Eiweiss im Urin nachweisbar.

1 tödtlich verlaufende Jodoformintoxication bei Behandlung einer eiternden Coxitis mit Jodoformstiften.

Operationen. Von 6 wegen Diphtherie und Croup tracheotomirten Kindern blieben 2, welche bereits das 5. Jahr erreicht resp. überschritten hatten, am Leben.

11 Fälle von rhachitischer Verkrümmung der Tibiae und Genu valgum. 7mal doppelseitige und 3mal einseitige Durchmeisselung resp. keilförmige Excision der Tibia, 1 Osteotomia femoris. 1 Todesfall am 5. Tage nach aseptischem Wundverlauf. Fettembolie (? Ref.).

In sämmtlichen Fällen wurde die Nachbehandlung poliklinisch geleitet.

Bei 6 Resectionen wegen Coxitis bei 5- und 6jährigen Kindern trat 1mal am 5. Tage Tod ein durch Diphtheria fauc. bei völliger Asepsis der Wunde. In 1 von vornherein poliklinisch nachbehandelten Fall (Transport in elastischer Extension) tritt das Kind am 19. Tage p. o. mit dem operirten Bein schmerzlos auf. Am 24. Tage Beginn der Gehbewegungen. Am 33. Tage ist die Wunde völlig vernarbt, derb eingezogen. In den übrigen Fällen wird nochmaliges Auskratzen während des Wundverlaufes nöthig. In 2 Fällen persistirt je 1 Fistel (4 Jahre resp. 1½ p. o.). Die Gehfähigkeit ist in diesen Fällen ganz vortrefflich, resp. gut, resp. unbehindert.

In einem Fall ist «ausgiebigste Beweglichkeit» verzeichnet. Verf. empfiehlt nochmals seine subcutane Auslöffelung verkäsender und verkäster Lymphdrüsen (C. f. Chir. 82, № 22) von einer Stichöffnung der Haut aus.

Die Zahl der Rhachitiskranken beträgt 284. Verf. erklärt das Entstehen der R. durch zu lange fortgesetzte ausschliessliche Milchernährung. Er unterscheidet ein allgemein anämisches Stadium, dem meistentheils ein dyspeptisches vorausgeht, von demjenigen, in welchem sich die Knochenveränderungen ausbilden. In dem ersten Stadium bewährt sich mit «mathematischer» Sicherheit die Mixtura antirhachitica (Tinct. rhei vin. 20, Kal. acet. solut. 10, Vin. stib. 5) 3mal täglich 8—10 Tropfen auf Zucker langsam zu steigern bis 20—30 Tropfen 3mal täglich. Diese höchste Dosis 14 Tage weiter brauchen. Nach 3—4monatlichem Gebrauch hatte sich das Aussehen gewöhnlich wesentlich gebessert. Im Stadium der Knochenveränderungen hat sich Verf. Calc. carb. und Calc. phosph. aa. 3—4mal täglich ½ Theelöffel im Getränk am Besten bewährt. Bgm.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die acute Endocarditis von H. Haas. — J. Calve-sche Buchhandlung, Prag 1884.

— Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte und Studirende von C. Binz. I. Abtheil. — A. Hirschwald, Berlin 1884.

— Aerztliches Recept-Taschenbuch von H. Koehler. II. Aufl. von A. Jaenicke. — L. Voss, Hamburg und Leipzig 1884.

— Ein Fall von sympathischer Ophthalmie von C. Waldhauer. (Sep.-Abd. aus d. Klin. Monatsschr. für Augenheilkunde. October 1883.)

— Ueber Croup und Diphtherie im Kindesalter von A. Monti. II. Aufl. Mit 22 Holzschnitten. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Archivio di ortopedia publicato dai dottori P. Panzeri e F. Margary. Anno I. Fasc. I, con 9 figure in legno ed 11 figure in fototipiche. — Milano 1884.

— Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopf-Krankheiten von M. Bresgen. Mit 156 Holzschnitten. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Gazetta degli ospitali. № 9 und 10.

— Ueber die medicinische Bedeutung des Medinawurms von Fr. Mosler. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Mittheilungen aus d. chirurg. Klinik in Greifswald von P. Vogt. Mit 22 Holzschn. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Ein Fall von Arhinencephalia unilateralis bei einem erwachsenen Manne von A. Selenkow. Mit 1 Tafel. — (Sep.-Abd. aus «Virchow's Archiv» 95. Bd. 1884.)

— Italienische Findelanstalten von Dr. Raudnitz. — (Sep.-Abd. aus d. «Prag. med. Wochenschr.» 1883 № 27.)

— Kommt Manie als selbständige Krankheit vor? von Dr. Th. Tiling. — (Sep.-Abd. aus d. «Jahrb. f. Psychiatrie», Wien 1884.

— Mittheilungen aus der böhmischen Landesfindelanstalt. — III. Erythema exsudativum multiforme septicum von R. Raudnitz. — (Sep.-Abd. aus d. «Prager med. Wochenschr.» 1883 № 37.)

— Ueber Lesen und Schreiben. Vortrag gehalten in der Naturforschenden Gesellschaft in Danzig von Dr. Schneller. — A. Scheinert, Danzig 1884.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 29. November 1883.

(Schluss.)

Dr. Monastyrski, (als Gast) spricht der Gesellschaft zunächst seinen herzlichen Dank aus für die ihm zu Theil gewordene Gastfreundschaft. Uebergehend sodann zu Dombrowski's Modification der Kocher'schen Wismuth-Wundbehandlung, empfiehlt sie M. auf's wärmste und spricht die Ueberzeugung aus, dass, wenn die Methode nur versucht wird, man mit ihr gewiss zufrieden sein wird. Als Dr. Dombrowski in's Peter-Paul-Hospital eintrat, befand sich M. gerade in der Abkühlungs-Periode seines Jodoformenthusiasmus. Anfänglich wurden nämlich die Wunden fleissig mit Jodoform eingepudert, hie und da dasselbe auch mit dem Finger eingerieben. Natürlich kamen Intoxicationsfälle vor und deshalb musste vom Einpudern und Einreiben Abstand genommen werden. Nebenbei sei bemerkt, dass zu dieser Zeit zum Abspülen der Wunden Carbollösungen verwendet wurden, was vielleicht mit dazu beigetragen hat, dass Jodoformintoxicationen vorkamen. Angeregt durch die Arbeiten Koch's und die Berichte aus dem Charité-Krankenhause nahm M. statt Carbollösungen — Sublimatlösungen (1 : 1000). Damit werden jetzt die Wunden gespült und M. ist mit dem Mittel sehr zufrieden. Irgend welche unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei Leuten mit schlechten Zähnen kommen wohl hie und da Sublimatgeschwürchen an den Lippen oder am Zahnfleisch vor, die aber rasch schwinden, wenn die Leute ihre Zähne rein halten und ein Mundspülwasser aus Kali chloricum erhalten. Am besten ist es von vorn herein ein solches Mundwasser zu geben, womit man bestimmt dem Auftreten solcher Geschwürchen vorbeugt. Sodann wurde die Jodoformgaze eingeführt. Unmittelbar vor dem Gebrauch wird ein Stück Bergmann'sche Sublimatgaze, die M. schon lange anwendet, mit Jodoformätherlösung getränkt. Der Aether verdunstet rasch, und auf diese Weise erhält man ganz frische und recht gute Jodoformgaze. Die Wunden wurden genäht, regelrecht drainirt, mit Sublimatlösung ausgespült, auf die Wunde unmittelbar kam Jodoformgaze und darüber Salicylwatte. Bei solcher Wundbehandlung hatte M. recht günstige Resultate, die Kranken genasen, von accidentellen Wundkrankheiten keine Spur, und M. wähnte schon das Beste erreicht zu haben. Um diese Zeit nun kam Dr. Dombrowski mit seinem Vorschlag. M. zögerte Anfangs, da er sich scheute mit dem Weglassen der Drainröhren Unheil zu stiften. Nun, später wurde ihm klar, dass die Drainröhren wirklich unnütz und im Grunde genommen ein Uebel sind, das man sich nur angewöhnt hat. Zudem muss noch berücksichtigt werden, dass regelrecht drainiren leicht gesagt, jedoch schwer gethan ist. Man glaubt regelrecht drainirt zu haben, und doch bleibt irgendwo ein todter Raum, der dann viel zu schaffen machen kann. Und es ist noch gut, wenn der Kranke mit einem sogenannten aseptischen Fieber davonkommt; häufig aber geht's bei weitem schlimmer. M. versuchte auch die decalcinirten Knochendrains und kam mit ihnen zu demselben Schlusse wie Herr Dr. Schmitz. Sie taugen eben zu nichts; diese Röhren collabiren sehr bald und dann befördern sie den Abfluss nicht, sondern hindern ihn gerade. Als Fremdkörper reizen sie die Wunde und geben Anlass zu Eiterung gerade so wie Gummidrains. Das Principielle in der Kocher-Dombrowski'schen Methode ist das Austrocknen der Wunde und die Secundärnaht. Dann braucht man aber keine Drainröhren, denn es giebt eben nichts, was man abzuleiten nöthig hätte. Das erste Mal versuchte M. diese Methode bei einem Manne mit Frostbrand des Fusses, bei dem die Pirogow'sche Operation in der Modification von Günther gemacht wurde. Die Wunde heilte ohne einen Tropfen Eiter in vollstem Sinne des Wortes. Selbst beim genauesten Lister bekommt man eigentlich keine vollständige Prima, die Draincanäle eitern ja stets. Hier aber ist die prima intentio vollständig. Ebenso heilten andere Amputationen, unter ihnen eine hohe Unterschenkelamputation, die wegen Elephantiasis pedis et cruris gemacht wurde. Elephantiasis ist ein Leiden, bei dem die Amputationen früher sehr schlecht endeten; in diesem Falle heilte die Wunde ideell per primam. Bei einem Manne mit rechtwinkliger Ancylose der Hüfte machte M. die v. Winiwarter-sche Fascioplastik; die Streckung wollte aber nicht gelingen und kam erst zu Stande, als der Schenkelhals durchmeisselt wurde. An demselben Individuum machte M. 3 Wochen später die Resection des linken Oberarmkopfes. Beide Operationswunden heilten ohne einen Tropfen Eiter im vollsten Sinne des Wortes. Bei einem anderen Kranken machte M. die Resection des Humeruskopfes wegen veralteter Luxation und mit ebenso promptem Erfolge — der Kranke wurde am 12. Tage nach der Operation mit vollständig geheilter Wunde nach Hause entlassen. Bei Operationen am Kopfe bewährt sich die Methode ebenso glänzend. M. behandelte ein 12jähriges Mädchen, das in der Gegend des linken Zitzenfortsatzes einen Schlag mit der Schaukel erhalten hatte. Das Kind erholte sich von der Gehirnerschütterung, doch bald traten Erscheinungen von Hirndruck auf. M. machte die Trepanation an der von Hüter und Vogt angegebenen Stelle; bei der Operation wurde die Dura an einer kleinen Stelle mit der Säge verletzt. Während der Operation wurde fortwährend mit Sublimatlösung berieselt. Tamponade und Secundärnaht in Dombrowski's Weise. Das Kind genas und erfreut sich bis heute einer vorzüglichen Gesundheit. Bei frischen Operationswunden, die unter aseptischen Cautelen gesetzt werden, ist die Kocher-Dombrowski'sche Behandlung ganz am Platze und leistet ausgezeichnete Dienste. Etwas anders stehen die Dinge, wenn man mit bereits septischen Wunden zu thun hat. Oft gelingt es die Wunden aseptisch zu machen und dann leistet die Methode auch hier das, was sie bei primär-aseptischen Wunden stets leistet. M. illustrirt das Gesagte durch folgenden Fall. Ein Zimmermann hatte einen Balken zu behauen und fixirte sich ihn durch Aufstützen des linken Knies. Während der Arbeit prallte das Beil vom Balken und hieb in das Knie. Patient wurde auf die Polizei gebracht, wo man ihm die Wunde mit Liq. ferri voll goss. Nach Hause entlassen, ging er noch einmal in die Ambulanz einer Schwestergemeinschaft und bekam über den Schorf etwas Jodoform eingepudert. Erst am 3. Tage nach der Verletzung kam er in's Hospital. Starke Schwellung des Knie's, Schneeballknistern darin, ein Querfinger über dem oberen Rande der Patella eine quere Wunde, deren Umgebung geröthet und schmerzhaft. Nach Erweiterung der Wunde erweist es sich, dass dieselbe durch Haut, Fascie, Sehne des Quadriceps dringt, Recessus sup. ant. genu breit eröffnet, so dass der Finger anstandslos in die Gelenkhöhle unter die Patella gelangt. Die Wunde wird gründlich gereinigt, in die Gelenkhöhle ein Irrigatorschlauch eingesetzt und Sublimatlösung eine ½ Stunde lang fliessen gelassen, dabei Pumpbewegungen des Knie's. Tamponade und Secundärnaht, Elevation. Anstandslose Heilung. Bei der Entlassung beugte Patient sein Knie bis zum rechten Winkel; gewiss ein schöner Erfolg bei solcher Verletzung. Wenn jedoch das Aseptischmachen der Wunde nicht gelingt, was doch auch passirt, dann freilich kommt es zu Secretstauung und ihren Folgen. An den Extremitäten entfernt man die Nähte, desinficirt nochmals und versucht von Neuem zu verschliessen, oder legt die Wunde offen, oder man greift zum Drain. Kurzdauernde Secretstauung dürfte selten unverbesserliche Folgen nach sich ziehen. Anders bei Kopfwunden, selbst bei einfachen, und natürlich noch mehr, wenn die Continuität der Schädelknochen irgendwie alterirt ist. In solchen Fällen kann selbst eine sehr kurz dauernde Secretverhaltung Meningitis zur Folge haben. Darum ist das vollständige Schliessen bereits septischer Kopfwunden selbst nach möglichst radicaler Desinfection nur mit äusserster Vorsicht zu üben. Vielleicht wäre es sogar besser, in solchen Fällen principiell Drainröhren oder etwas ähnliches, den Abfluss Beförderndes, stets zu gebrauchen. — Bei frischen complicirten Fracturen der Extremitätenknochen leistet die Methode von Kocher-Dombrowski sehr Schönes. Selbst in denjenigen Fällen, wo die Quetschung und Zermalmung der Weichtheile ausgiebig, leistet das Magist. Bismuthi den Dienst, dass es die zu eliminirenden Theile gewissermaassen conservirt, indem es sie in unlösliche Albuminate verwandelt. Es bildet sich eine Art weisslich-graue Grütze, die dann leicht entweder mit dem Spülwasser weggeschwemmt, oder mit dem Löffel entfernt wird. Jedenfalls faulen eben diese Dinge nicht. Natürlich bleibt in solchen Fällen die Naht aus, sonst aber näht man, und je genauer, desto besser. — Schliesslich demonstrirt M. zwei Kranke. Der Eine von ihnen erlitt eine complicirte Fractur des Unterschenkels. Die Haut war an zwei Stellen aufgerissen, aus einer der beiden Wunden sehr starke Blutung. M. machte an der Innenseite eine 10 Ctm. lange Incision, entfernte 13 Splitter, von denen 9 auf's Schienbein kamen, unterband die verletzte Tib. postica durch Umstechung an zwei Stellen, reinigte die Wunde, führte provisorisch die Nähte durch und tamponirte mit Gaze, die in 10%iger Emulsion von Magist. Bismuthi getränkt war. Nach 2mal 24 Stunden wurden die Nähte definitiv geknüpft. Pat. erschien vor der Versammlung in Thomas'schem Apparat. Nach Abnahme desselben sieht man alles bereits benarbt. Consolidation noch nicht vollständig, etwas Beweglichkeit ist noch da. Dem zweiten der vorgestellten Kranken wurde am 9. Novbr. 1883 die Pirogow-Günther'sche Amputation wegen chronischem Geschwür am Fussrücken gemacht. Der Fersenlappen ist prompt angeheilt. An zwei umschriebenen Stellen ist der Rand des oberen Lappens oberflächlich nekrosirt. M. machte darauf aufmerksam, dass derartige Randgangrän ihm in früheren Zeiten häufig die prima intentio zu nichte machte. Gegenwärtig geschieht so etwas nie und man braucht sich um die kleinen Schorfe gar nicht zu kümmern. Man lässt den Verband einfach ruhig liegen; die Schorfe eliminiren sich vom Gesunden, vertrocknen, und unter ihnen heilen die kleinen Wunden anstandslos.

Secretair Dr. Lange.

Vermischtes.

— *Seine Majestät der Kaiser* besuchte am 27. Januar c. ganz unerwartet das Obuchow-Hospital. *Allerhöchstderselbe* verweilte mehr als anderthalb Stunden in den beiden Abtheilungen des Hospitals und besichtigte in dieser Zeit fast sämmtliche Krankenpalaten, sowie das Anatomicum und Leichenhaus desselben.

— Die in № 3 dieser Wochenschrift in Kürze gebrachte Nachricht über den plötzlich erfolgten Tod des Oberarztes am hiesigen klinischen Militärhospital Dr. Toropow's, sind wir heute im Stande durch einige Mittheilungen über sein Leben und Wirken zu ergänzen. Der Dahingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in der hiesigen medico-chirurgischen Academie erhalten und war nach Absolvirung des Cursus im J. 1852 sofort in den Militär-Medicinaldienst im Kaukasus getreten, wo er c. 15 Jahre verbrachte und vielfach an den Expeditionen gegen die Bergvölker theilnahm. Die wissenschaftliche Frucht seines dortigen Aufenthalts war sein «Versuch einer medicinischen Geographie des Kaukasus». Nach

Absolvirung des Doctor-Examens und Vertheidigung seiner Dissertation hielt sich T. längere Zeit im Auslande auf, wohin er auf Kosten der Krone zu wissenschaftlichen Zwecken abcommandirt war. Vom Jahre 1867 an bekleidete der Verstorbene in St. Petersburg verschiedene Stellungen, in welchen er eine angestrengte Thätigkeit entfaltete. Er war Oberarzt des hiesigen 700 Betten grossen klinischen Militärhospitals und zugleich auch Oberarzt der Heilanstalt der Gemeinschaft zur Kreuzeserhöhung; ausserdem fungirte er als berathendes Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comité's und nahm an mehreren Commissionen Theil. Noch wenige Stunden vor seinem Tode hatte er in einer Commission, deren Präsident er war, gearbeitet. Er erlag den Folgen eines Aneurysma im 55. Lebensjahre. — Am meisten ist der Name Toropow's wohl durch den weit verbreiteten russischen ärztlichen Kalender bekannt geworden, welchen er in Gemeinschaft mit dem hiesigen Buchhändler Ricker herausgab.

— In Kasan ist der wirkliche Staatsrath Dr. A. Tomarow, Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Kasanschen Militärbezirks, gestorben.

— Geheimrath Dr. E. Kade hat den Posten des Oberarztes am hiesigen Marienhospital Krankheitshalber niedergelegt. An seiner Stelle ist durch Seine Majestät den *Kaiser* der Ehrenleibmedicus Dr. Alyschewski ernannt worden.

— Wie der «Med. Westnik» erfährt, ist der Professor der Embryologie, Histologie und vergleichenden Anatomie an der Moskauer Universität Dr. Babuchin hoffnungslos erkrankt. Als sein Nachfolger wird Dr. Ognew genannt.

— Der Pharmaceut Köhler in Moskau stellt neuerdings Castor-Oel aus Samen dar, welche er aus Transkaukasien bezieht. Nach den Versuchen mit diesem Oel in Moskauer Hospitälern soll dasselbe an Wirkung der höchsten italienischen Sorte gleichkommen und an Geschmack letzteres sogar übertreffen. Dabei ist dieses kaukasische Castoröl viel billiger, nämlich nur 5 Rbl. 50 Kop., während das italienische 15 Rbl. kostet. (Med. Westn.)

— Der «Med. Westn.» bringt die Mittheilung, dass die Herausgabe eines ausführlichen russischen Handbuches der Histologie unter der Redaction eines hiesigen Professors und unter Mitwirkung vieler russischer Histologen in Aussicht genommen ist.

— Als Anhang bringt № 52 des „Wratsch" (1883) den Jahresbericht über die „Allgemeine Medicinische Unterstützungskasse" pro 1882 (главная вспомогательная медицинская касса). Aus demselben ersehen wir, dass sie 880 Mitglieder zählt. Zum 1. Januar 1883 waren 182,650 Rbl. 16 Kop. vorhanden. An Unterstützungen wurden 1882 verausgabt 9265 Rbl. 19 Kop. Die einmaligen Unterstützungen schwankten zwischen 50—200 Rbl. Die jährlichen Unterstützungen betrugen 32—450 Rbl. P.

— Die „Sdorowje" theilt mit, dass die „Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit" die Idee gefasst hat, in Moskau oder St. Petersburg *eine hygienische Ausstellung* zu arrangiren. Der „Wratsch" (№ 52, 1883) plaidirt jedoch mehr für eine „internationale" als für eine „russische" Ausstellung, da wir in ersterem Falle jedenfalls mehr lernen können. Als Ort empfiehlt „Wr." mehr Moskau, als im Centrum des Reiches gelegen und daher leichter erreichbar.

— Die Académie de médécine de Paris hat für das Jahr 1884 15 Preise für verschiedene Leistungen und Preisaufgaben zu vertheilen, von welchen der von Herrn und Frau Victor Saint-Paul gestiftete Preis im Betrage von 25,000 Frcs. für den Entdecker eines unfehlbar die Diphtherie heilenden Mittels der grösste ist. Der Entdecker darf jeden beliebigen Beruf haben und kann jeder Nation angehören. Die bis zur Entdeckung dieses Mittels anwachsenden Zinsen können alle 2 Jahre als Aufmunterung an Personen vertheilt werden, welche die besten Arbeiten und Untersuchungen über Diphtherie veröffentlichen. — Wir erwähnen ferner den Preis Desportes (1500 Frcs.), welcher dem Autor des besten praktischen therapeutischen Werkes zukommen soll. — Der Preis der Academie (1000 Frcs.) ist für die beste Arbeit über die Frage „Anwesenheit der Bacillen im Auswurf und ihre semiotische Bedeutung" bestimmt. — Die Manuscripte oder gedruckten Werke, welche in französischer oder lateinischer Sprache geschrieben sein müssen, sind vor dem 1. Juli 1884 der Academie einzusenden und müssen diejenigen Manuscripte, welche das gegebene Thema behandeln, von einem versiegelten Schreiben, welches Namen und Adresse des Autors enthält, begleitet sein.

— In diesem Jahre findet in London unter dem Protectorate der Königin von Grossbritannien und Irland und unter dem Praesidio des Prinzen v. Wales eine *internationale hygienische Ausstellung* statt. Die Ausstellung hat den Zweck, den Einfluss der Nahrung, Kleidung, Wohnung, Beschäftigung und Arbeit auf die Gesundheit in möglichst klarer und praktischer Weise zu veranschaulichen. Die Ausstellung wird zwei Haupt-Abtheilungen umfassen: I. Die Gesundheitspflege, II. die Erziehungs- und Lehrmittel betreffend, welche wiederum in sechs Hauptgruppen zerfallen werden. Die erste Gruppe wird speciell für Gegenstände bestimmt sein, welche zur Ernährung dienen, und soll zugleich die besten und billigsten Methoden ihrer Bereitung und ihres Gebrauchs veranschaulichen. Die zweite Gruppe wird aus Bekleidungsgegenständen bestehen, welche hauptsächlich mit der Gesundheit in Verbindung zu bringen sind. Die dritte, vierte und fünfte Gruppe wird alles das enthalten, was dem sanitären Bau von Wohnhäusern, Schulen und Werkstätten förderlich ist. Die sechste Gruppe endlich ist bestimmt für Alles, was zur höchsten technischen und gewerblichen Ausbildung gehört. Diese Ausstellung wird am 1. Mai 1884 n. St. für die Dauer von mindestens sechs Monaten in den Baulichkeiten, welche für die vorigjährige Fischerei-Ausstellung errichtet worden sind, eröffnet werden. Zur Vertheilung gelangen goldene, silberne und zinnerne Medaillen. Die Exponenten haben ihre Eingaben auf gedrucktem Formular wegen Erlangung eines entsprechenden Raumes *vor dem 1. Februar 1884 n. St.* an den Secretair der internationalen hygienischen Ausstellung zu richten (To the Secretary of the International Exhibition. South Kensington, S. W.). Auf eine Betheiligung an dieser Ausstellung von auswärts, so wünschenswerth eine solche auch wäre, darf wohl kaum zu rechnen sein, da die Versendung des Programms zu spät erfolgt ist.

Vacanzen.

— Die *Stelle eines Oberarztes bei den Wohlthätigkeitsanstalten in Wladimir* ist vacant. Der Oberarzt muss Dr. medicinae sein und sich speciell mit der Chirurgie beschäftigt haben. Gehalt 1200 Rbl. und Amtswohnung mit Beheizung bei den Anstalten. Refl. haben sich unter Beifügung ihrer Documente an die «Владимірская Губернская Земская Управа» zu wenden.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 29. Januar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3143	1816	4959
Kinderhospitäler	171	181	352
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd.,exanth.,rec.)	350	130	480
Scharlach	22	26	48
Pocken	7	7	14
Venerische Krankheiten	519	420	939

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 22. bis 28. Januar 1884 besucht von 2797 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1115.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 22. bis 28. Januar 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
390	324	714	196	60	121	15	19	22	74	53	44	40	35	26	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 5, Typh. abd. 22, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 1, Masern 22, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 3, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 4, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 41, andere Gehirnkrankheiten 25, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 24, acute Entzündung der Athmungsorgane 111, Lungenschwindsucht 109, andere Krankheiten der Brusthöhle 12, Gastro-intestinal-Krankheiten 131, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 41, Marasmus senilis 30, Cachexia 23.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 0, Mord 0.

— Andere Ursachen 22.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	6—12 Jan.	181 732	74	12	21,9	16,2	34,8
Kopenhagen	9—15 Jan.	258 000	97	9	18,9	9,3	39,9
Berlin	13—19 Jan.	1 192 203	521	81	22,7	15,5	39,0
Wien	13—19 Jan.	759 849	406	43	27,8	10,6	37,2
Brüssel	6—12 Jan.	166 351	77	3	24,1	3,8	32,6
Paris	11—17 Jan.	2 239 928	1093	123	25,4	11,2	28,1
London	13—19 Jan.	3 955 814	1578	243	20,5	15,4	35,7
St. Petersburg	20—26 Januar	928 016	713	110	40,0	15,4	25,8

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 6. Februar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. Februar 1884.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. РИККЕРА, С.-Петербургъ, Невскій № 14,

продаются

ЛЕКЦІИ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПІИ

читанныя въ Сентъ-Антуанскомъ госпиталѣ,

д-ромъ **Dujardin Beaumetz,**

членомъ медицинской академіи и Сенскаго совѣта здравія и гигіэны.

Собраны д-ромъ **Eug. Carpentier-Méricourt**'омъ, и исправлены авторомъ.

Со 2-го изданія перевелъ **М. Петрункевичъ.**

ТОМЪ ВТОРОЙ. ВЫПУСКЪ ПЕРВЫЙ.

Лѣченіе болѣзней печени и почекъ съ рисунками въ текстѣ.

Тверь, 1884 г. Цѣна 1 р. 50 к., съ пересылкой 1 р. 70 к.

ТУТЪ ЖЕ ПРОДАЮТСЯ

ЛЕКЦІИ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПІИ

д-ра **Dujardin-Beaumetz,**

томъ I, цѣна 5 р. 25 к., 5 р. 90 к.

СИФИЛИСЪ И БРАКЪ,

лекціи проф. **Фурнье.**

Цѣна 1 р. 25 к., съ пересылкой 1 р. 45 к. 24 (1)

GEMÜTSKRANKE

finden jederzeit Aufnahme in der 27 (7)
Dr. Erlenmeyer'schen **Anstalt zu Bendorf bei Coblenz.**

VICHY

9 (16)

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

En vente à St. Pétersbourg chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.,** verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller

Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „**Saxlehner's Bitterwasser**" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (25)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

OFENER

Victoria-Bitterwasser

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos		41,73	18,44
Püllnaer		32,72	12,12
Friedrichshaller		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen. — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands. 26(10)

Das chemische Laboratorium

von

J. Martens,

Rasjesshaja № 49/35,

übernimmt die Ausführung:

von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;

aller möglichen **chemischen analytischen Arbeiten,** Kostenanschläge und Calculationen, gewerblicher Anlagen und Lösung **technischer** Fragen;

von sämmtlichen **Zerkleinerungsarbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 141 (2)

Reagenspapier

zum Nachweis des Eiweisses im Harn.
Ein Couvert mit Gebrauchsanweisung 25 Kop.
mit Zusendung 30 Kop.

Cautschoukpflaster

nach Dr. UNNA,
auf Marly oder Seide gegen Hautkrankheiten.
Preiscourant gratis. 25 (1)

Newsky-Apotheke von A. Bergholz
in St. Petersburg.

Medico-mechanisches INSTITUT.

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Passive und active Bewegungscuren.
Diätetische Muskelübungen.
Orthopädische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und andere Deformitäten.

Saison vom 1. September bis 1. Mai.
Empfang täglich 11 Uhr.

139 (9) Dr. W. Djakowsky.

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und Nestle's condensirte Milch.

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3—6, Magazin 7.

Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und -**Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf verlangen jederzeit zur Verfügung. 18 (9)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 3 Февраля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ, Prof. ED. v. WAHL und Dr. L. v. HOLST.
IN ST. PETERSBURG. IN DORPAT. IN ST. PETERSBURG.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 6. St. Petersburg, 11. (23.) Februar 1884.

An die Leser.

Vor nunmehr 8 Jahren unternahm ich es, die damals durch Beschluss der Deutschen ärztlichen Vereine aufgegebene St. Petersburger medicinische Zeitschrift in veränderter Gestalt fortzuführen. Mich bewog dazu lediglich die Hoffnung, mit Unterstützung befreundeter Collegen, auf welche ich sicher rechnen konnte, — den Deutschen Aerzten Russlands das einzige medicinische Fachblatt zu erhalten und dasselbe lebensfähig zu gestalten. Meine Bemühungen blieben nicht ohne Erfolg, — es mehrten sich die Abonnenten, die Zahl der Originalarbeiten stieg, das Interesse für das Blatt war auch in Deutschland in stetiger Zunahme. Als im 6. Jahre eine sichere Grundlage gewonnen schien, ich selbst aber, durch mancherlei anderweite Thätigkeit in Anspruch genommen, nicht mehr die nöthige Zeit auf Redactionsgeschäfte verwenden konnte, war ich sehr erfreut in meinem Collegen Holst einen Mitarbeiter zu gewinnen, der mir die Arbeitslast anfänglich erleichterte und sehr bald ganz abnahm. Verschiedene äussere Schwierigkeiten und unerwartete Zwischenfälle, welche in den letzten 2 Jahren eintraten und die Zukunft des Blattes zu bedrohen schienen, machten es mir unmöglich bereits früher die Leitung desselben aus der Hand zu geben.

Nachdem jetzt die schwere Zeit vorüber ist und günstige Aussichten sich eröffnen, darf ich ruhig das Steuer der Wochenschrift andern Händen anvertrauen. Dadurch dass die Herausgeber-Rechte und der Verlag von der Carl Ricker'schen Verlagshandlung übernommen sind, ist die geschäftliche Seite der Sache garantirt, — und da nun auch die bereits seit 2 Jahren mit Prof. v. Wahl angeknüpften Verhandlungen zum Ziel geführt haben und sein Eintritt in die Redaction erfolgt ist, ist auch nach dieser Seite gesorgt.

So darf ich denn jetzt von der Leitung dieser Wochenschrift zurücktreten mit der ruhigen Zuversicht, dass sie auch ohne mich bestehen, hoffentlich wachsen und zu grösserer Blüthe gelangen wird. Indem ich mich hiermit von den Lesern als Herausgeber und Redacteur verabschiede, versteht sich's doch ganz von selbst, dass ich auch künftig nach Kräften bestrebt sein werde, für ihr Gedeihen zu wirken.

Dr. E. MORITZ.

Das Resorcin bei Darmleiden.

Von

Dr. Justus Andeer.

Als ich gelegentlich einer Consulte zu einer 59jährigen Fabrikantenwittwe gerufen wurde, diagnosticirte ich bei derselben im Gegensatz zu ihrem Hausarzte, welcher sie an allerhand Leiden der Anämie und auch an allgemeiner Leberschwellung behandelte, eine thalergrosse Geschwulst. Diese letztere, welche bislang allen, auch in Paris consultirten Aerzten, entgangen war, hatte ihren Sitz zwischen Nabel und Herzgrube, nahe der Linea alba. Sowohl die Lage, Configuration, Resistenz, wie alle übrigen Krankheitszeichen, beispielsweise das häufige Erbrechen grosser Schleimmassen gleich nach der Mahlzeit, die Unverträglichkeit aller Speisen und Getränke und das sofortige Erbrechen nach dem Genusse derselben, bestimmten mich zur Annahme eines Pyloruskrebses. Da die Leber verkleinert, die oft mit den Schleimmassen erbrochene Galle und der regelmässige Stuhl natürliches Aussehen verriethen, so wurden die heftigen, kolikartigen Schmerzen, wie die galligen Entleerungen, als Folgeerscheinung eines von Seite der Geschwulst auf die Gallenblase ausgeübten Druckes aufgefasst.

Als die Koliken und das Erbrechen, nach Feststellung meiner Wahrscheinlichkeitsdiagnose, Tag und Nacht die Kranke immer mehr plagten, entschloss ich mich versuchsweise zur systematischen Resorcinirung des Magens, welcher wegen reflectorischer Pylorusparalyse sich immer mehr mit Galle anfüllte. Die einfachen Ausspülungen mit Resorcinwasser reinigten dabei nicht blos jedesmal den gelbgefärbten Magen von seinen schleimigen Ansammlungen, sondern linderten ebenfalls die unerträglichen Schmerzen und den reflectorischen Husten der Dame. Da Lunge und Herz ganz normal waren, so wurden nach Resorcinanwen-

dung die schmerzlosen, kolikfreien Zwischenzeiten immer länger. Auch nahm die ehedem zum Skelet abgemagerte Frau bei ihrer nahrhaften Klystiernahrung, die sie vortrefflich resorbirte, mit jedem Tag zu. Ihre ehedem so unruhigen Nächte schlugen in das Gegentheil um. Patientin konnte dabei oft 6—8 Stunden ununterbrochen schlafen. Als nach vier Wochen glücklicher symptomatischer Resorcinbehandlung anderweitige Beschwerden auftraten, bestätigte der zu einer Consulte herbeigezogene Professor Potain von Paris meine Diagnose und rieth zur weiteren Resorcinbehandlung gegen etwaige Brech- und Kolikparoxysmen! Dieselben wurden auch in der That durch steigende Resorcingaben immer nach Wunsch bekämpft. Als ein paar Wochen später eine dritte Verschlimmerung sich kundgab und die Kranke trotz allen Abrathens von Prof. Potain, Verneuil, Peter und Anderen, wegen «schnelleren Todes, da ihr Leiden ja sicher unheilbar und langweilig sei», auf einer Operation ihrer Geschwulst beharrte, wurde Billroth — zu spät zur Vornahme derselben herbeigerufen. Er neigte sich auch zu meiner und Potain's Diagnose, «wenigstens glaube er, dass dieselbe richtig sei, nach der Inspection der sterbenden Frau zu schliessen». Eine halbe Stunde nach der Ankunft Billroth's verschied die Kranke. — Die Tags darauf von Billroth selbst vorgenommene Eröffnung der Leiche ergab, ausser einer namhaften Erweiterung und einer umschriebenen Narbe eines Geschwürs des Magens, weder Krebs des Pylorus, noch primäre Leberschwellung, sondern — reiche Gallensteinbildung in der Gallenblase, mit acuter Lebercirrhose in Folge Stauung von der Gallenblase ans! Neben zahlreichen kleineren, hatte sich auch ein fingerhutgrosser rothbrauner Gallenstein in den Ausgang der Gallenblase so fest eingekeilt, dass wegen behinderten Ausflusses der Galle, diese selbst sich zersetzen musste. Der Tod der Wittfrau war demnach eine unvermeidliche Folge der dadurch bedingten Blutvergiftung. So interessant dieser seltene und schwere Fall wegen seiner falschen Diagnose erscheint, so lehrreich ist er auch als Beweis dafür, dass Pyloruserschlaffungen auch in Folge von sog. Reflexparalysen vom Darm und anderen Unterleibsorganen herrührend, möglich sind. Auch die beiläufige Erfahrung, wonach Resorcin bei Leiden der Art wesentliche Dienste leisten kann, ist nicht minder wichtig!

Ich habe in dem ersten Jahre meiner Resorcinpraxis, in Fällen, wo das Mittel noch missfarbig, also chemisch unrein war, bei Darmleiden nicht günstigere Heilerfolge zu verzeichnen gehabt, wie mit dem von mir damals versuchsweise angewendeten Brenzcatechin und Hydrochinon. Indem ich diese zwei Dihydroxylbenzole wegen unliebsamer therapeutischer Erfahrungen mit Recht sofort aus meinem Recept-Vademecum strich, ersetzte ich sie durch das rein dargestellte Resorcin.

Ausser den von Soltmann, Todtenhöfer, Bouchut, Cohn und besonders von dem gediegensten und gewissenhaftesten Resorcinforscher Giuseppe Cattani veröffentlichten günstig verlaufenen Behandlungen verschiedener mikroparasitärer Darmkrankheiten, kann ich auch noch ein paar nicht minder wichtige Fälle des krankhaften Darmrohres aus meiner eigenen Beobachtung mittheilen.

Bei Gelegenheit einer Sommerfrische erlebte ich, dass ein angeblich crepirtes und vergrabenes Jungrind von zwei mit einander verwandten Familien verzehrt wurde — zum nachweisbaren Schaden für die wenig wählerischen Esser, deren Zahl mit Einschluss der Eltern 16 betrug. Das Auftreten, der Verlauf und das Erlöschen dieser zwei Hausepidemien von acuter Fleischvergiftung erfolgte in nachstehend zu schildernder Weise.

Nachdem von der einen Familie das kritische Fleisch in gebratener, von der anderen dasselbe in gekochter Form genossen worden war, erkrankten sämmtliche Glieder derselben in zeitlicher Reihenfolge nach Maassgabe der eingenommenen infectiösen Menge. Der Menge dieser verhängnissvollen Nahrung entsprechend, offenbarten sich denn auch die Zeichen der Infection in verschiedener Stärke, obgleich dieselben im Allgemeinen bei Allen als die nämlichen sui generis auftraten. Die anfänglichen Symptome waren bei Allen: geistige Niedergeschlagenheit, Brechreiz, ohne eigentliches Erbrechen, Aufgetriebenheit des Unterleibes, Gasentwickelung ohne Ventilation desselben durch Mund oder Mastdarm. Am zweiten Tage gesellten sich Kolik und Abweichen mit Schlaflosigkeit; am dritten allgemeines Zittern des ganzen Körpers, abwechselnd mit starkem Frösteln und Brechreiz hinzu. Am vierten Tage mussten Alle in verschiedenen Zellen ihrer primitiven Wohnungen vertheilt, das Bett aufsuchen, ohne es verlassen zu können. Abends desselben Tages zu den beiden Familien gerufen, zeigen sich bei allen Gliedern derselben folgende Zeichen vorhandener septischer Gastro-Enteritis. Alle befanden sich in tiefster Kräfteprostration, wie bei Typhus, auch war Sehnenhüpfen und Zittern der Gliedmaassen, je nach der Stärke der Infection, in verschiedenem Grade sichtbar. Neben Eingenommenheit und starkem Schwindel im Kopfe, war bei den leichteren Formen der acuten Fleischvergiftung Lichtscheu, bei den schwereren derselben Accomodationsparesen, bei zwei Individuen sogar nicht unerhebliches Schielen vorhanden. Es litten ferner sämmtliche Patienten an intensem Schauer längs des Rückens, ja ein Paar selbst an starkem Schüttelfrost und leichtem Trismus, an unstillbarem Brechdurchfall, an heftig herumziehenden Magen-, Darm- und Kreuzschmerzen, so wie sie bei septischer Gastro-Enteritis charakteristisch sind. In schmerzlosen Intervallen wurden besonders die Eltern von Bewusstlosigkeit und Ohnmachten befallen. Die bedrohlichen Symptome nahmen zusehends zu, und schon zeigte ein Theil der Kranken Collapserscheinungen. Kalter klebriger Schweiss bedeckte den Körper der torpiden Kranken, der Kopf mit stieren Augen und erweiterten Pupillen war glühend. Die Herzaction war schwach und verschleiert. Die oberflächliche Athmung sehr verlangsamt, war mitunter stöhnend. Da von diesen Kranken niedrigster Volksclasse keine richtigen anamestischen Momente und noch viel weniger etwa noch vorhandene Ueberbleibsel des infectiösen Fleisches zu erhalten waren, so verschaffte man sich Alles durch Vermittelung von Verwandten, welche zur Pflege herbeigekommen waren. Die von diesen herbeigeschafften Reste des theils gekochten, theils gebratenen Jungrindes zeigten gleich bei makroskopischer Betrachtung zweifelhafte Beschaffenheit und buntes Aussehen: rosa-rothe und weissliche Stellen der Fleischschnittfläche wechselten ab mit ausgedehnten braun- und grün-schwarzen Feldern von widerlichem Geruche. Auch die obere Hälfte eines noch gut conservirten, gekochten Oberschenkels des inculpirten Jungrindes zeigte, besonders an seinem Kopfe und Halse, gleiches missfarbenes Aussehen [1]).

Gelegentlich dieser Infection, welche wegen ihrer Allgemeinsymptome an ein typhöses, wegen der häufigen und starken Wadenkrämpfe der Kranken an ein choleraähnliches Leiden erinnerte, wurde vergleichsweise die eine der inficirten Familien mit Resorcin, die andere anderweitig behandelt. Einigen Kranken der ersteren wurden viermal des Tages ein halb Liter einer 3%, andern einer 5% Resorcinlösung gereicht. Nach erster erquickender Nachtruhe verliessen am folgenden Morgen sämmtliche der Resorcinbehandlung unterworfenen Kranken das Bett. Ihre Genesung war unverkennbar. Ihre Eltern, Potatoren von Beruf, welche nach Einnahme eines halben Liters 10% Resorcinlösung von acutem Resorcinismus befallen wurden, genasen erst einen Tag später. Bei meinem letzten Besuch erklärte die ganze Familie freudig, dass alle beschwerlichen Erscheinungen verschwunden seien und dass sie sich vollständig genesen fühle. Auch objectiv liessen sich keine Anomalien mehr nachweisen.

[1]) Vide auch Berliner klinische Wochenschrift № 33, 1883.

Von der zweiten Familie, welche vorsätzlich von einer Resorcinbehandlung ausgeschlossen worden war, genas ein Theil nach zwei, der andere erst nach drei Wochen. Selbst nach dieser Zeit der Reconvalescenz blieb bei Allen noch längere Zeit anhaltende Schwäche zurück.

Wenn auch ungeachtet der verwickelten und schweren Erkrankung der zweiten Familie, bei passender Diät und Nahrung die Infection nicht zum Tode, sondern zu einer sehr langsamen Genesung führte, so ist der Erfolg der Heilung wegen anhaltender Schwäche im Allgemeinen und Mangel an Verdauungsenergie im Besonderen, dem schnellen und sicheren Erfolg der Resorcinwirkung gegenüber doch ein trostloser gewesen. Hier, wie noch nirgends hat sich das Resorcin als *béstes* Antivomicum erwiesen, wie nicht minder ausgezeichnet auch gegen Brechdurchfall!

Meine physiologischen Resorcinversuche an dem Darmstück vom Pylorus bis zum Mastdarm der Thiere haben des Weiteren s. Z. ergeben, dass die Schleimhaut dieses Darmabschnittes im Vergleich zu demjenigen der nach aussen mündenden Körperhöhlen, beispielsweise des Rachens und der Scheide, eine ungemein leichte Aufsaugungsfähigkeit des Mittels besitzen. Sogar Krystalle von chemisch reinem Resorcin, welche nach stundenlangem Verweilen in der Mund-Rachenhöhle vom Menschen oder im Scheidencanal von Kaninchen immer nur eine markirt umschriebene Aetzwirkung des Mittels offenbarten, zeigten bei Berührung desselben mit der schleimigen, noch mehr aber mit der serösen Wand des assimilatorischen Darmes eine schnelle, sehr diffuse Aufsaugung des Resorcin.

Wurden mit passenden Kautschukröhren, welche bei Hühnern und Kaninchen bis zum Anfangstheil des eigentlichen assimilatorischen Schleimhautapparates des Darmes, bei mir bis über den Nélaton'schen Sphincter hinausreichten, auf vorsichtige Art schwachprocentige (2%—4%) Resorcinwasser-Klystiere gegeben, so traten bei Allen, ohne Unterschied, schwere Zeichen acuten Resorcinismus auf. Die Thiere kippten dabei um. Ich selber stand nach meinem Resorcinklystier auch nicht zu fest mehr auf den Beinen — ich musste mich stützen und in meinem alcoholartigem Rausche an das bekannte Lied v. Mühler's denken. Nach Darreichung und Einnahme von Eisen in Form warmer Rothweinklystiere, war die «obnubilatio Resorcinica» gleich vorbei! Dass die Resorcinaufsaugung während der Gallenthätigkeit im oberen Darmstück, besonders im Zwölffingerdarm, gefährlicher ist, wie im unthätigen Zustande desselben, habe ich ebenfalls bei Kaninchen beobachten können.

Mit zunehmender septischer Infection und Infiltration der assimilatorischen Darmwände, wie sie bei den verschiedensten Catarrhen und Geschwürsbildungen, bei Dysenterie, Typhus, Cholera, Fleischvergiftung, bei septischer Enteritis und sonstiger Anhäufung septischer Stoffe sich offenbart, verliert sich natürlicherweise diesen proportional die Empfänglichkeit und Leichtresorbirbarkeit des Darmes für Resorcin. Derselbe zeigt unter diesen Umständen eine ungleich stärkere, sogar überraschend starke Toleranz für dasselbe, wie der oben erwähnte Fall von acuter Fleischvergiftung lehrt. Ob bei Ansammlung septischen Materials im Darme, wo erwiesenermaassen die reflectorische Erschlaffung des Pylorus einen allerdings unbehinderten Zufluss der Resorcinlösung zum Darme erlaubt, die Resorcinirung des letzteren, besonders in seinen unteren Abschnitten vom Mastdarm aus nicht weit vorzüglicher wäre, ist wohl nur im bejahenden Sinne zu beantworten, nach einer im vorigen Jahre von mir selbst gemachten Erfahrung.

Ich besuchte im September 1882 meinen 68jährigen Vater. Bis vor zwei Jahren wohlbeleibt und nie krank, litt derselbe seit dieser Zeit bis zu meiner Ankunft an Abweichen, welches keiner medicamentösen Behandlung seines Hausarztes weichen wollte. In dem Wahne befangen, er leide an einem einfachen Dickdarmcatarrh, wie die übereinstimmende Diagnose seiner befreundeten Aerzte lautete, hatte er bei relativem Wohlbefinden keine Ahnung seines gefährlichen Leidens.

Bei völlig normalem Zustande des Herzens, der Lunge, sowie des ungestört functionirenden Magens, fand ich eine harte, schwerbewegliche Geschwulst im Bereiche des Dickdarmes des zum Skelet abgemagerten, höchst blutarmen Kranken. Die häufigen, von unerträglichen Koliken begleiteten Diarrhoeen, welche dem geistig gleich frischen Patienten seinen guten Schlaf raubten, förderten nicht selten an Stelle gewöhnlicher Faecalstoffe reichliche Schleimmassen. Wo diese nicht mit Blut untermischt waren, zeigten dieselben ein dem rohen Eiweiss ganz ähnliches, durchscheinendes Aussehen.

Rücksichtlich dieses Krankenbefundes und anderweitiger anamnestischer Momente, stellte ich meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf: Dickdarmkrebs mit tödtlichem Ausgange.

Da unter so misslichen Verhältnissen eine Heilung des Leidens auf operativem Wege in das Bereich der Unmöglichkeit gehörte, so entschloss ich mich zur symptomatischen Behandlung der örtlichen Affection. Von 1% Resorcin-Glycerinlösungen anfangend, stieg ich bei jedem empfindlicheren Kolikanfall in der Gabe des Mittels mit sichtlichem Erfolge, indem einige symptomenlose Tage erwirkt wurden.

Toxische Resorcinerscheinungen während der ganzen Behandlungszeit, wobei der Kranke «wie von einem Weinrausch befallen» zu sein wähnte, traten nur einmal dabei auf, als ich eine 5% Lösung etwas hastig in den Darm einspritzte. Nach der gesammten Resorcinbehandlung erfreute sich der Patient angeblich ungetrübten Wohlbefindens, wie vor Jahren.

Vier Wochen später, als ich einen Bericht über den 14-tägigen, misslichen und trostlosen Zustand des Kranken erhielt, musste ich aus demselben schliessen, es habe eine sehr schmerzhafte Arrosionsperitonitis mit darauffolgender Verlöthung der kranken Flächen stattgefunden. Nach 5monatlichem, wechselndem Unwohlsein starb dann Patient nach kaum eintägigem Krankenlager an einer foudroyanten Perforativperitonitis und consecutiver Compressionsatelectase der Lungen.

Referate.

Stanislaus Beklewski: Ein Beitrag zur Laparotomie bei Darminvaginationen. (Inaug.-Dissertat. Dorpat. 1883).

Verf. hat sich in vorliegender Arbeit die Aufgabe gestellt, das casuistische Material von Laparotomie bei Darminvaginationen, soweit ihm dasselbe in der Literatur zugänglich war, statistisch zu verwerthen und an der Hand desselben den Versuch gewagt, die zur Zeit noch offene Frage nach einer rationellen Behandlungsmethode dieses Leidens einer befriedigenden Lösung näher zu bringen. Nachdem Verf. in der Einleitung das pathologisch-anatomische und klinische Bild der Darminvagination in etwas breiten Umrissen entworfen, wobei er sich im Wesentlichen an die bekannten Arbeiten von Leichtenstern über diesen Gegenstand anlehnt, berichtet er über 2 auf der Dorpater chirurgischen Klinik im Lauf des Sommers 1883 beobachtete Fälle von hochgradiger Darminvagination mit letalem Ausgange, von denen der eine expectativ, der andere operativ behandelt wurde.

I. Fall. Pat., Julie Sirk, 33 a. n. am 9. Juni 1883 in die Klinik aufgenommen, ist bis vor 14 Tagen stets gesund gewesen. Darauf plötzlich starke Durchfälle. und sei beim Drängen der Darm aus dem After hervorgetreten. Während dessen hat Pat. schwere Arbeit verrichten müssen. Bei der Aufnahme der Unterleib hochgradig aufgetrieben; an der rechten Seite im Bereiche des Colon ascendens ist eine glatte, wurstförmige Geschwulst durchzufühlen, die sich bis zum Epigastrium, entsprechend dem Colon transversum verfolgen lässt. Im Bereich des Colon Dämpfung. Bei der Untersuchung des Mastdarmes erreicht man etwa 2" von der Aftermündung eine cylindrische Geschwulst, die in die Mastdarmampulle hineinragt und sich von allen Seiten umgehen lässt. Aus dem Mastdarm entleert sich eine blutige, übelriechende Flüssigkeit. Kotherbrechen. — Behandlung: Opium, kalte Umschläge um den Leib. Am 6. Tage nach der Aufnahme Tod. Obductionsbefund: Dünndarmschlingen etwas trübe, wenn man das ganze Dünndarmconvolut nach links hinüberwälzt, vermisst man das Coecum und Colon ascendens vollständig; das Colon transversum, descendens, flexur und rectum in einen derben Wulst verwandelt, dessen Wandungen brüchig und zerreisslich und schiefergrau verfärbt sind; nachdem das Intussus-

ipiens vom Mastdarm nach aufwärts aufgeschnitten, präsentirt sich ein langer, missfarbiger Wulst, dessen einzelne Wandungen nur theilweise von einander zu isoliren sind. — II. Fall. Lena Pihlberg, 44 a. n. Seit 10 Tagen krank, Uebelkeit, heftiger Stuhldrang, der zum Vorfall eines Darmstückes per anum führte. Auftreibung des Leibes mässig, bei der Palpation erscheint die Gegend des Colon transversum etwas resistenter und weniger tympanitisch; aus dem After prolabirt ein faustgrosses Darmstück. Ein Versuch, den Darm mit der Sonde zu reponiren, misslingt; der Prolaps erreicht am folgenden Tage die Grösse eines Kindskopfes; heftige Schmerzen, Prostration der Kräfte. Am 1. August ward zur Laparotomie geschritten. Schnitt in die Linea alba in einer Ausdehnung, dass die Hand bequem eingeführt werden kann. Der Dickdarm in seiner ganzen Länge bis zum Becken herab verschwunden; an der hinteren Wand des Beckens wird ein derber, rundlicher Wulst abgetastet, der sich nach aufwärts bis zur Höhe der linken Niere verfolgen lässt. Beim Zuge an diesem Wulst bewegt sich die per rectum vorgefallene Darmpartie deutlich mit; an dem oberen Ende dieses Wulstes gelangt der Finger in eine ringförmige Oeffnung, in welche sich eine dünnere Darmschlinge mit einem scharf gespannten Mesenterialanhange hineinsenkt. Zug an dieser eintretenden Darmschlinge setzte wiederum den prolabirten Darm in Bewegung, welcher aber so fest eingekeilt erschien, dass an ein Herausziehen, an eine Desinvagination nicht zu denken war. Die Bauchwunde wird geschlossen und im untersten Winkel derselben eine Darmfistel angelegt. Tod ½ Stunde nach der Operation. — Sectionsbefund: Dünndarmschlingen stark gebläht, das Peritonäum spiegelnd. Das Colon ascendens fehlt vollständig, ebenso das Colon transversum; in der Nähe der Milz findet man einen dicken Darmwulst, in welchen der Dünndarm hineintritt mit seinem zu einem Daumendicken Strang zusammengerollten Mesenterium. Nach Spaltung der invaginirten Partie erweist sich das Coecum bis vor die Aftermündung herausgetreten, das sich anschliessende invaginirte Ileum beträgt 29 Cm. und bildet den innern Cylinder; mittlerer Cylinder gebildet von Col. ascend. und transvers, äusserer Cylinder Col. descendens, Flexur und Mastdarm. Eine Verklebung der serösen Flächen ist nicht eingetreten; der innere Dickdarmcylinder erscheint oben stark geröthet und namentlich ausserhalb des Afters stark ödematös.

Mit Einschluss dieses letzten Falles umfasst das casuistische Material im Ganzen nur 30 Laparotomien wegen Darminvagination aus dem Zeitraum von 1810—1883, repräsentirt mithin eine Zahl, die viel zu klein ist, um die Grundlage für zuverlässige statistische Schlussfolgerungen abgeben zu können. Verf. ist sich dessen wohl bewusst und gesteht auch bereitwillig zu, dass es ihm nicht geglückt sei, zu vollkommen sicheren Resultaten zu gelangen. Trotz mancher, in dem beschränkten Umfange des vorliegenden Beobachtungsmateriales begründeten Mängel hätte die Arbeit entschieden an Werth gewonnen, wenn Verf. mit grösserer Objectivität an die Analyse und die kritische Verarbeitung des Stoffes herangetreten wäre und sich weniger von einer vorgefassten Meinung hätte leiten lassen. In diesen Fehler ist er offenbar gleich bei der Erörterung der Hauptfrage nach dem Werthe der operativen Behandlung des in Rede stehenden Leidens gegenüber dem expectativem Verhalten verfallen, wenn er in ganz entschiedener Weise der Laparotomie das Wort redet, ja dieselbe als ausnahmslose Regel bei gesicherter Diagnose und Unzulänglichkeit der therapeutischen Mittel aufstellt, obgleich das Procentverhältniss der Heilungen bei Laparotomie (von 30 Pat. genasen 7 = 23,3 %) demjenigen der expectativen Behandlung (24 % nach der Behandlung von Leichtenstern) fast gleich kommt, ja sogar sich noch um mehrere Einheiten zu Ungunsten der Operation mindert, wenn ein Fall mit Ausgang in Heilung (№ 22 der Tabelle) als gar nicht hierhergehörig in Wegfall kommt. Der Hinweis auf die stetig wachsenden Erfolge der Ovariotomien unter dem Schutz des antiseptischen Regimes ist wohl nicht geeignet, allzu kühne Hoffnungen in der operativen Behandlung der Invagination wachzurufen, da eben bei dieser letzteren Factoren ganz anderer Natur in Rechnung zu ziehen sind, die von dem segensreichen Einflusse der Antiseptik unberührt bleiben. — Unterwerfen wir die einzelnen Methoden der operativen Behandlung in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit einer genaueren Prüfung, so ergiebt sich, dass nur die Desinvagination unter den aufgeführten Fällen Erfolge aufzuweisen hat; ihrer glücklichen Ausführung verdanken 6 Pat. das Leben. Dem Alter nach vertheilen sich diese auf 3 Erwachsene mit Ileuminvaginationen und 3 Kinder mit Ileocoecalinvaginationen; aber nur in einem einzigen Falle, der ein 2 jähriges Kind betraf, gelang die Reduction leicht, da der Darm gesund war und keine Adhäsionen der serösen Flächen aufwies, in den übrigen 5 Fällen war dagegen die Entwickelung des invaginirten Darmes mit oder mehr weniger grossen Schwierigkeiten verbunden und glückte dieselbe in einem Falle erst nach Durchschneidung des Intussuscipiens. Diesen 6 Erfolgen stehen jedoch 11 Misserfolge gegenüber, wo die Pat. trotz glücklicher Ausführung der Desinvagination zu Grunde gingen. — Die Resection des invaginirten Darmstückes ist nur 2 Mal vorgenommen, und zwar in Fällen, wo der gangränöse Darm beim Desinvaginationsversuche dem Zuge nachgab und einriss; beide endeten letal. Wenn trotzdem der Verf. die Resection warm empfiehlt, ja ihr sogar eine Zukunft weissagt, so hat er sich auch bei dieser Gelegenheit durch die unglücklich gewählte Analogie der Darmresection bei Tumoren zu einem Ausspruche verleiten lassen, der in dem vorliegenden Material nicht die geringste Stütze findet. — Ebensowenig kann die Anlegung des künstlichen Afters befürwortet werden, da alle 6 Fälle letal verliefen. — Aus diesen Ausführungen geht hervor, wie sehr die Behandlung der Darminvaginationen noch im Argen liegt, und dass zur Zeit eine endgültige Entscheidung in dieser Frage nicht erwartet werden kann. Die schlechten Resultate des radicalen Vorgehens sind sicherlich nicht geeignet, allzu sanguinischen Hoffnungen Raum zu geben und dürfte z. B. die Laparotomie behufs Ausführung der Desinvagination Angesichts der grossen Schwierigkeiten einer sicheren Localisirung und Auffindung des invaginirten Darmstückes, doch nur ganz ausnahmsweise indicirt erscheinen und in diesen seltenen Ausnahmsfällen auch nur unter der Voraussetzung, dass die Ernährungsverhältnisse des Darmes nicht gelitten haben; ist aber der Darm bereits brandig, so wird sich wohl der Versuch einer Desinvagination von selbst verbieten und die Resection auch nur dann in Erwägung zu ziehen sein, wenn die Invagination ein mit Mesenterium versehenes Darmstück, also vorzugsweise den Dünndarm betrifft und wenn ferner die Invagination nur eine geringe Ausdehnung erlangt hat. Hierbei muss noch besonders darauf hingewiesen werden, dass die Grenze des zu excidirenden kranken Theiles bei der diffusen Ausbreitung der sich an die Gangrän anschliessenden Phlegmone innerhalb beträchtlicher Breite schwanken kann und man Gefahr läuft, die Vereinigung des resecirten Darmes in bereits septisch inficirten Gebieten vorzunehmen.

Sehen wir von den unsicheren Ergebnissen unserer statistischen Untersuchung ganz ab, so scheint, wenn wir die Frage vom theoretischen Standpuncte aus erörtern wollen, der Schwerpunct unserer Therapie in der besonnenen Innehaltung des Mittelweges zwischen operativem und expectativem Vorgehen zu liegen: im Beginne der Erkrankung halte man sich von übereilten und waghalsigen Eingriffen fern und beschränke sich darauf, das Heilbestreben der Natur in seinem Verlauf zu controliren und dasselbe durch die Anwendung therapeutischer Mittel zu unterstützen und zu regeln. Auf der anderen Seite darf man jedoch die Selbsthülfe des Organismus und die Kräfte des Patienten nicht einer zu schweren Probe unterziehen und den günstigen Zeitpunct verstreichen lassen, in welchem von einem rationellen operativen Eingriffe noch etwas zu erwarten ist. In diesem Sinne müssen wir dem Verfasser vollkommen beipflichten, wenn er zu rascherem activen Vorgehen mahnt; wir werden aber nicht in der Resection oder in dem Versuch der Desinvagination das zweckentsprechende Mittel zu suchen haben, sondern der Anlegung eines künstlichen Afters das Wort reden, um durch rechtzeitige Entlastung der Därme vom Druck des gasförmigen und flüssigen Inhaltes der drohenden Gangrän vorzubeugen, ohne dabei den Kranken den Gefahren einer eingreifenden Operation auszusetzen. J. G.

S. Beljakow (Jarosslawl): Pneumothorax bei einem Schwindsüchtigen mit Ausgang in Heilung. (Wratsch № 48. 1883.)

Pneumothorax ist bei Schwindsüchtigen nicht ganz selten, endet aber gewöhnlich letal. Saussier hat 147 Fälle von Pneumothorax zusammengestellt. Dabei ergab sich, dass unter den 16 Genesenen als Entstehungsursache 12mal Pleuritis, 1mal Trauma und 1mal Schwindsucht figuriren.

Am 28. Febr. wurde ein Soldat in's Jaroslaw'sche Lazareth aufgenommen mit deutlichen Zeichen einer Affection der linken Lungenspitze. Dabei Fieber, Abmagerung, Nachtschweisse und zeitweilig Durchfälle. Am 24. April traten plötzlich, nach einem Gange auf's Closet, Erscheinungen von linksseitigem Pneumothorax ein, darauf eine mässige Pleuritis. Der Luftgehalt in der linken Thoraxhälfte fing jedoch allmälig an abzunehmen und war Mitte Juni wieder geschwunden, so dass mit einer Behandlung vermittelst des Waldenburg'schen Apparates begonnen werden konnte. Im Juli wurde Pat. in relativ gutem Zustande entlassen. P.

A. Dobrotworski: Sanitärer und medico-topographischer Bericht über die Reise des Schraubenklippers «Strelok» vom 12. Septbr. 1880 bis 14. October 1882. (Med. Beilagen zum Marine-Journal 1883, August bis Decbr.)

Vf. beginnt mit einer eingehenden Beschreibung des Schiffes, welches sich längere Zeit in den japanischen Gewässern bewegte, darauf eine Reise durch die Behringsstrasse in's Eismeer machte und hierauf nach Kronstadt zurückkehrte. Beim Dienstantritt nahm Vf. eine genaue Untersuchung der Mannschaft (167 Mann) vor, und desgleichen nach Beendigung der Reise. Diese Zahlen sind von allgemeinem Interesse.

	zum Anfang der Reise	zum Ende
Der Durchschnittwuchs betrug	167 Ctm.,	168,7 Ctm.
der Brustumfang	92,8 «	95,4 «
das Körpergewicht	68,14 Klgr.	69,0 Klgr.
die Muskelkraft der Hände	167,8 «	156,2 «
« « d. Rumpfes	160,3 «	171,1 «

Hieraus ergiebt sich die merkwürdige Thatsache, dass im Laufe der Reise die Mannschaft gewachsen ist, obgleich 63 % derselben bereits 23—24 Jahre alt war. Ein Zunehmen des Wuchses wurde bei 114 Mann constatirt, dagegen Abnahme des Wuchses bei 14.

Nach Mourson giebt es 3 Gründe dafür: Ermüdung, Compression der Intervertebralknorpel und Fettschwund.

Während der Reisen in den Tropen nahm das Gewicht der Mannschaft ab, desgleichen die Muskelkraft.

Recht eingehend schildert Vf. die Bewohner, Flora und Fauna Japans, sowie die dortigen medicinischen Verhältnisse. Sehr verbreitet sind die venerischen Krankheiten, da erst in jüngster Zeit Maassregeln zur Ueberwachung der Prostitution ergriffen worden sind. Bemerkenswerth wäre noch, dass in den Orten *Possiet* und *Jantschicha* im Sommer häufig starke Epidemien von Dysenterie und Typhus abdominalis vorkommen.

Die Zahl der Kranken war relativ gering, nur während des Aufenthalts bei der Insel Mauritius eine Anzahl von Malariaerkrankungen etc. Leider giebt Vf. keine *allgemeine* Uebersicht über die Erkrankungen; will man einen Begriff bekommen, so müsste man sich aus den einzelnen eingestreuten Berichten selbst eine Tabelle zusammensetzen. P.

Liebermeister: Ueber die neueren Bestrebungen der Therapie. Vortrag gehalten auf der 56. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Freiburg i. B. am 18. Sept. 1883. (Breslauer ärztliche Zeitschrift № 19 u. 20. 1883).

Nach einer kurzen historischen Betrachtung des Uebergangs der sogenannten «symptomatologischen» Medicin zur «pathologisch-anatomischen», zeigt Verf., dass unsere Zeit wieder eine neue Richtung in der Medicin eingeschlagen hat, nämlich die der aetiologischen. Während es früher die Krankheit selbst war, gegen die der Arzt zu Felde zog, um sie erfolgreich oder erfolglos zu bekämpfen, sind es jetzt besonders die die Krankheit veranlassenden Momente, gegen die sich unsere Angriffe zu richten haben. Dabei wendet L. seine Hauptaufmerksamkeit auf die der eigentlichen Gegenwart angehörende Mikroorganismenlehre, um zu zeigen, in welcher Weise gerade deren Entdeckung umgestaltend auf die Therapie gewirkt habe. Gestützt auf die Thatsache, dass es bereits für eine grosse Zahl von Krankheiten — und gerade für die verheerendsten — gelungen ist, diese Mikroorganismen nachzuweisen, muss es selbstredend die erste Aufgabe des Arztes, resp. der Therapie sein, den menschlichen Körper vor dem Eindringen dieser Krankheitserreger zu schützen (sog. prophylaktische Methode), die Verfasser in 2 Gruppen theilt. Zur ersten Gruppe von niederen Organismen, die er «ubiquitäre» nennt, rechnet V. alle diejenigen, deren Vorkommen wir zu jeder Zeit und an jedem Ort constatiren können, und die nur unter gewissen, für ihre Fortentwicklung besonders günstigen Verhältnissen gefahrbringend werden. Im Gegensatz zu diesen steht die zweite Gruppe, die nur zu gewissen Zeiten und an bestimmten Orten vorkommt, die en- und epidemischen Krankheitskeime.

Zwischen diesen beiden grossen Gruppen nun fordert V. energisch einen Unterschied zu machen, denn während wir die erste Klasse von Krankheitskeimen, die sog. ubiquitären, oft schon durch gewissenhaft eingehaltene hygienische und diätetische Maassregeln mit Erfolg unschädlich machen, oder doch in ihren gefahrbringenden Elementen bekämpfen können, gilt für die zweite Gruppe, wenn auch hier selbstverständlich die Regeln der Gesundheitspflege aufs Strengste gehandhabt werden müssen, das Gesetz, dass nur durch strenges Isoliren der Weiterverbreitung der Krankheit entgegengearbeitet werden könne. Daher spricht sich auch L. ziemlich günstig über das Quarantänesystem aus, wenngleich auch er die Unzulänglichkeit desselben anerkennt. Dass aber natürlich nicht jegliche Erkrankung durch eine derartige Prophylaxe vermieden werden kann, führt V. zur Beleuchtung der Stellung des Arztes diesen Einzelfällen gegenüber, und da ist's denn natürlich, dass das Einfachste wäre, gegen jede Krankheit ein specifisches Mittel zu finden, das Ideal der sog., «specifischen Methode». — Wenn nun auch nicht für alle Krankheiten derartige Specifica existiren, so lässt sich doch nicht leugnen, dass gerade auch die Neuzeit einige Mittel kennen gelernt hat, die mit Recht den Namen eines Specificum verdienen, wie z. B. die Salicylsäure bei der Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus.

Doch auch in den Fällen, wo wir nicht gerade mit einem einzelnen Mittel direct Hülfe bringen können, bleibt dem Arzt noch überreichlich zu thun übrig, um seine Kranken von dem Einfluss äusserer und innerer Schädlichkeiten fern zu halten. Dies geschieht durch die «Methode des indirecten Schutzes», bei der es darauf ankommt, ein Individuum, das durch natürliche Anlage besonders zu einer gewissen Krankheit prädisponirt erscheint, durch sorgfältige Vermeidung aller Schädlichkeiten vor der Weiterentwicklung des Krankheitskeims zu schützen. Passende Nahrung, passende Wahl des Aufenthaltsortes sind die Hauptmomente bei dieser Methode. — Hierher gehört auch die bekannte Thatsache, dass einzelne Krankheiten durch einmaliges Ueberstehen eine gewisse Immunität gegen eine erneute Erkrankung gewähren, und in diesen Fällen ist es das Bestreben der Therapie, diese Immunität wenn möglich zu schaffen. Weiterhin erwähnt dann V. noch der «expectativ-symptomatischen Methode», die in allen den Fällen zur Anwendung gelangt, wo es uns zwar nicht möglich ist, den Verlauf der Krankheit selbst abzukürzen, wohl aber durch passende Verordnungen die Wiederstandsfähigkeit des Körpers zu unterstützen. Zum Schluss folgt dann noch die Besprechung der «alternirenden oder umstimmenden Heilmethode» und im Anschluss daran die eigentliche «diätetische Heilmethode», die namentlich in unserer Zeit vielfach und äusserst erfolgreich angewendet werden. S.

Franklin H. Martin: Mangan als Stimulans der Menstrualorgane und als Mittel bei gewissen Formen von Amenorrhöe, Menorrhagie oder Metrorrhagie. (New-York Medic. Record, Sept. 29, 1883.)

M. hält das von Sidney Ringer und Mussel gegen Amenorrhoe empfohlene Kali hypermanganicum für ein direct die vasomotorischen Nerven der weiblichen Geschlechtsorgane anregendes Mittel, und braucht es in den Fällen, wo die Blutungen aus allgemeiner Körperschwäche entweder einerseits zu stark werden oder andererseits sistiren (Menorrhagie — Amenorrhöe). Für seine Ansicht führt er mehrere, mit dem Mittel geheilte Fälle an und räth das Salz in Pillenform zu verschreiben, und zwar braucht er als Pillenmasse folgende Mischung: Rcp. Vaselin 2 Theile, Paraffin 1 Theil, schmelze und rühre bis die Mischung kalt wird, füge 3 Theile Kaolin (Porzellanerde) dazu, rolle aus und pudere mit Kaolin. Die gewöhnlichen Pillenmassen bringen mit Kali hypermanganicum spontane Verbrennung hervor. Hz.

Entgegnung dem Herrn Provisor Bergholz.

Von

Dr. chem. A. Poehl[1]).

In Betreff meiner Kritik der vom Herrn Provisor Bergholz offerirten Pflaster hat derselbe bereits einen Angriff gegen mich im «Wratsch» veröffentlicht, welchem ich in № 52 der genannten Zeitschrift entgegnet habe. Da Herr Bergholz denselben Angriff fast wörtlich auch in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift wiederholt hat, so sehe ich mich genöthigt ihm auch hier entgegenzutreten[2]).

Die Annonce des Herrn Bergholz (im Adresskalender der in St. Petersburg praktisirenden Aerzte 2. Seite) lautet wörtlich:

„Каучуковые пластыри, приготовляемые А. Бергольцемъ. — Эти пластыри, приготовляемые по способу доктора П. Г. Унна, не содержатъ въ себѣ никакихъ веществъ раздражающихъ кожу“[3]) u. s. w., darauf folgt ein Register von 54 verschiedenen Arten, worunter zumeist die Zusammensetzung von № 23 dem Leser ein wissenschaftlich begründetes Entsetzen verursacht! Rp: 10 Gramm Hydrargyrum, 20 Gramm Acid. arsenicosum, 10 Gramm Morph. aceticum und 5 Gramm Kreosot. — In meinen Mittheilungen über neue Arzneimittel behandle ich selbstverständlich den Gegenstand, den ich bespreche, kritisch und konnte natürlich über diese Zusammensetzung, für die Herr Provisor Bergholz Reclame macht, mich nicht anders als ungünstig aussprechen und auf das Irrationelle vom Standpunct der Chemie, wie der Pharmakologie verweisen. Da ich in der Literatur keine Angaben fand, welche Aufklärung darüber geben konnten, ob diese unglückliche Idee dem bekannten Dr. Unna gehört oder Herrn Provisor Bergholz, so liess ich die Frage offen, fügte aber hinzu, dass Dr. Unna (Pharmac. Zeitung 1883, p. 456 und Mon f. prakt. Dermat. 1883, № 2) an Stelle der Pflaster, die sehr rationelle Form der Gelatinae glycerinatae medicatae anwendet und in Vorschlag bringt — ein Umstand, der bei Erörterung obenerwähnter Frage gewiss zu Gunsten von Dr. Unna spricht[4]). Herr Bergholz erklärt jetzt, dass er diese Zusammensetzung von Apotheker Beyersdorff habe — doch wird meiner Ansicht nach die Sachlage dadurch für Herrn Bergholz durchaus nicht günstiger, da er von sich aus kritiklos auf dem Wege der Annonce für die Verbreitung dieser Arzneiform Sorge getragen hat. Seine Ansicht schliesslich, dass es nicht *unsere* Sache ist Kritik zu üben, kann ich nicht mit ihm theilen. Herr Provisor Bergholz mag sich jeder Kritik enthalten wenn er will, was dagegen mich anbetrifft, so behalte ich mir das Recht der Kritik auch in Zukunft vor. Wenn schon die Journalliteratur mit einiger Reserve zu behandeln ist, um wie viel mehr muss Kritik geübt werden den Annoncen von Apothekern gegenüber, wie im gegebenen Fall. Als Beispiel für die obige Bemerkung, die Journalistik betreffend, will ich dem Leser die neueste Blüthe dieser Art vorführen. Wir lesen in der Berliner Pharmac. Centralhalle, einer der besten Fachzeitschriften, vom 3. Jan. 1884:

---

[1]) Aus vom Verf. unabhängigen Gründen konnten wir diese Entgegnung erst jetzt zum Abdruck bringen. Red.

[2]) Vergl. Врачъ № 52 (1883) und St. Petersb. Medicin. Wochenschrift 1884, № 2.

[3]) Die Uebersetzung: „Kautschuckpflaster bereitet von A. Bergholz. Diese Pflaster, bereitet nach der Methode von Dr. Unna, enthalten keinerlei Bestandtheile, welche die Haut reizen“, u. s. w. — Als Kautschukpflaster hat Herr Bergholz die Pflaster annoncirt und nun behauptet er, dass sie „mit den amerikanischen Kautschukpflastern nichts gemein haben.“

[4]) Was Prof. Pick anbetrifft, so ist mir seine Abhandlung gewiss bekannt und ich citire ihn ja in meiner Arbeit, somit halte ich diese Belehrung von Herrn Provisor Bergholz zum wenigsten für zwecklos.

«Matschalka, kaukasischer Waschschwamm, stammt nach der Meinung von Prof. Wittmack wahrscheinlich von einer Banane ab und die Vorzüge sind, «dass es keine Krankheitsstoffe aufzunehmen vermag». Wenn Kritik nicht geübt wird, so ist es doch möglich, dass Jemand auf diesen Aufsatz hin ein «Geschäft» in Matschalka mit obligater Reclame in Scene setzt.

Zum Schluss giebt Herr Bergholz auch einen wissenschaftlichen Vorschlag zum Besten. Die obenerwähnte Glycerin-Gelatinmasse (das Pflastersurrogat) bietet bekanntlich einen sehr günstigen Nährboden für alle möglichen Keime aus der Luft und daher empfahl ich gleich vielen Anderen den Zusatz von Salicylsäure oder β Naphtol und da diese Pflastermasse vor jedesmaligem Gebrauch vom Patienten durch Erwärmen verflüssigt werden muss, so kann selbstverständlich ein flüchtiges Antisepticum nicht angewandt werden. Der Rath von Herrn Bergholz besteht in Folgendem: «Was nun die Conservirung der Gelatinmasse betrifft, so würde ich statt der von Poehl in Vorschlag gebrachten Salicylsäure und β Naphtol Alcohol anwenden, *da* Alcohol mit der betreffendea Masse in jedem Verhältniss sich mischen lässt, ohne einen Niederschlag zu bilden». Nicht alle Körper, mit denen sich die Masse mischt, können dem erwähnten Zweck entsprechen, somit ist dieses Motiv nicht ausreichend; wenn Herr Provisor Bergholz aber meint, er habe die genannte Masse durch Mischen mit Alcohol gegen das Inficirtwerden mit Keimen aus der Luft geschützt, so hat er ausser Acht gelassen, dass der Alcohol ein flüchtiger Stoff ist, mit ihm also auch seine Schutzkraft verschwinden muss, was gerade da geschehen wird wo dieselbe am nöthigsten wäre, nämlich nach Application der Masse auf die Haut. Die Glycerin-Gelatinemasse ist demnach bei dieser Behandlungsmethode nur so lange aseptisch als sie aufbewahrt wird, bildet aber sofort einen sehr günstigen Nährboden für alle möglichen Pilzkeime, sobald sie auf die Haut applicirt worden ist.

Dr. chem. A. Poehl.

Vermischtes.

— Am 4. Februar besuchte Seine Majestät der *Kaiser* das hiesige Ssemenow'sche Alexander-Militärhospital und am 6. Februar in Begleitung Ihrer Majestät der *Kaiserin* die Entbindungsanstalt in der Nadeshdinskaja. Allerhöchstdieselben verweilten längere Zeit in diesen Anstalten und besichtigten eingehend alle Abtheilungen derselben.

— Zum Oberarzt des klinischen Militärhospitals ist an Stelle des verstorbenen Dr. Toropow dessen bisheriger Gehülfe Dr. E. A. Ssorokin ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt Dr. K. R. Nedats.

— Am 7. Februar beging die Gesellschaft der Kronstädter Marineärzte das Fest ihres 25jährigen Bestehens.

— Die (russische) Gesellschaft St. Petersburger praktischer Aerzte, welche mit dem neuen Jahre den Namen „St. Petersburger medicinische Gesellschaft" angenommen hat, hielt am 24. Januar c. ihre 11. Jahresversammlung ab.

Dem Jahresbericht entnehmen wir, dass die Gesellschaft gegenwärtig 77 Mitglieder zählt und dass in den Sitzungen des verflossenen Jahres 32 Mittheilungen und 17 Demonstrationen gemacht worden sind. Die Gesellschaft hat für die Bewerbung um die zu Ehren Prof. Sklifassowski's gestiftete goldene Medaille, welche von ihr vertheilt wird, folgendes Thema bestimmt: „Mechanismus und Behandlung der Fracturen der Extremitäten vom Gesichtspuncte der heutigen Chirurgie". (Die Manuscripte sind bis zum 1. December 1884 beim Präsidenten oder Secretär der Gesellschaft einzureichen).

Bei der in der Jahresversammlung stattgehabten Wahl des Vorstandes wurden der bisherige Präsident Dr. J. Berthenson, sowie der Vicepräsident Dr. Wolowski und einer der Secretäre Dr. Agapitow wiedergewählt. An Stelle der beiden anderen Secretäre Dr. v. Bretzel und Schapiro, welche die Wiederwahl ablehnten, wurden die DDr. Theremin und N. Weljaminow gewählt. Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft wurden Prof. A. Krassowski und der Director des Medicinaldepartements Dr. Mamonow gewählt.

— In Jalta ist Dr. Latri gestorben. Der Dahingeschiedene hatte seine medicinische Bildung an der Münchener Universität erhalten und nach bestandener Prüfung an der Charkower Universität sich in Odessa niedergelassen, wo er einer ausgebreiteten Praxis sich erfreute. Ein Lungenleiden zwang ihn nach Jalta überzusiedeln, wo er seine ärztliche Thätigkeit unter den Armen bis zu seinem Lebensende fortsetzte.

— Der Prof. der Psychiatrie an der Universität Kasan und Director der Central-Irrenanstalt daselbst, Dr. Alexander Frese ist, nachdem er schon einige Male Schlaganfälle erlitten, am 4. d. M. einem neuen Anfall erlegen.

— In Bezug auf die in der vorigen Nummer der Wochenschrift gemeldete Ernennung Dr. Alyschewski's zum Oberarzt des Marien-Hospitals äussert sich der «Wratsch» wie folgt:

«Diese Ernennung hat auf die Petersburger Aerzte einen sehr tiefen und zugleich sehr verschiedenartigen Eindruck gemacht; den Einen ist sie willkommen, weil an der Spitze des Hospitals ein russischer Arzt stehen wird; die Anderen, die Nationalitätenfrage bei Seite lassend, weisen darauf hin, dass man, ganz abgesehen von dem persönlichen Werthe Alyschewski's, doch nicht umhin könne zu bedauern, dass im gegebenen Falle zum Oberarzte ein Militairarzt ernannt worden, welcher nie in einem der grossen Civil-Hospitäler gearbeitet hat, während man doch unter der grossen Zahl von Civil-Aerzten an den Petersburger Hospitälern ohne Zweifel nicht weniger tüchtige Candidaten hätte finden können. Die Arbeit der Hospitalärzte wird so schlecht honorirt, dass es ungerecht wäre sie des natürlichen Rechtes zu berauben auf eine mögliche Beförderung hoffen zu dürfen; ein Avancement aber wird unmöglich, wenn ausserhalb des Ressorts Stehende zu den höheren Posten ernannt werden.»

Wir möchten unsererseits noch besonders darauf hinweisen, dass die Verhältnisse unserer Civil-Hospitäler so complicirter Natur sind, dass jahrelanger Dienst als Ordinator dazu nöthig ist, um einen richtigen Einblick in diese Verhältnisse zu gewinnen. Jedenfalls steht Dr. A. einer äusserst schwierigen Aufgabe gegenüber, welche dadurch noch complicirter wird, dass man erst vor einigen Monaten im Marien-Hospital begonnen hat das Institut der Assistenzärzte einzuführen.

— Der III. *internationale otologische Congress*[1]) findet in diesem Jahre in Basel statt und zwar in der Zeit vom 1. bis zum 4. September, weil der internationale Congress der medicinischen Wissenschaften vom 10.—16. August 1884 in Kopenhagen abgehalten werden wird und den Specialcollegen aus Amerika und anderen ferner liegenden Ländern die vorherige Betheiligung an demselben wünschenswerth sein dürfte. Der otologische Congress hat den Zweck, durch gegenseitigen Ideenaustausch die Ohrenheilkunde zu fördern und dabei durch persönlichen Verkehr die Specialcollegen einander näher zu bringen. Anmeldungen über die zu haltenden Vorträge werden *bis zum 15. Mai 1884* erbeten. Neben den Vorträgen, kleineren Mittheilungen, Discussionsfragen etc. sind Demonstrationen von makroskopischen oder mikroskopischen Präparaten, Photographien, Instrumenten und dergleichen sehr erwünscht. Auch diejenigen Collegen, die keinen Vortrag anmelden, aber dem Congresse beiwohnen wollen, haben bezügliche Mittheilung zu machen. Das Special-Programm des Congresses mit Angabe der angemeldeten Vorträge und Mittheilungen wird Mitte Juni 1884 denjenigen Collegen zugesandt werden, welche ihr Erscheinen auf dem Congresse angemeldet haben. Das Organisations-Comité für den III. internationalen otologischen Congress besteht aus folgenden Gliedern: Professor Dr. Alb. Burckhardt-Merian in Basel, Präsident, C. J. Blake (Boston), W. B Dalby (London), A. Hartmann (Berlin), B. Löwenberg (Paris), E. Menière (Paris), A. Politzer (Wien), Urban Pritchard (London), St. J. Roosa (New-York) und G. Sapolini (Mailand).

Die den Congress betreffenden Mittheilungen sind an den Präsidenten desselben, Prof. Dr. Burckhardt-Merian in Basel, zu adressiren.

— Aus Egypten werden keine weiteren Todesfälle an der Cholera mitgetheilt. Da auch sonst keine weiteren Meldungen über ungünstige sanitäre Zustände im Hedjaz und in Egypten vorliegen, so hat der internationale Gesundheitsrath in Konstantinopel Erleichterungen in den Quarantainevorschriften eintreten lassen. In Kalkutta, Madras und Bombay herrscht die Cholera noch fort.

— Unter dem Namen «*Chloraetherin*» empfiehlt Guillot (Lyon) eine Mischung von 2 Thl. Chloroform und 1 Theil Eau de Cologne als angenehmes und gefahrloses Anaestheticum. Es wird wie Chloroform verordnet.

— Bekanntlich ist es ein Uebelstand der *Pravaz'schen Spritze*, dass bei derselben, wenn sie einige Zeit nicht gebraucht wird, der Stempel eintrocknet und es dann Mühe kostet, sie wieder wasserdicht zu machen. Es ist daher erfreulich, dass es dem Instrumentenmacher B. Kraus in Berlin gelungen ist, auf Vorschlag Dr. Blaschko's eine Modification an der Spritze anzubringen, welche diesen Uebelstand beseitigt. Er hat nämlich für das Nadelende der Spritze eine kleine Hartgummihülse angefertigt, durch deren Aufsetzen man im Stande ist, nach dem Gebrauch der Spritze einen kleinen Bruchtheil der zur Reinigung derselben benutzten Flüssigkeit, etwa 0,1 in der Spritze zu belassen. Auf diese Weise bleibt der Stempel monatelang wasserdicht. Der Preis für diese modificirte Spritze ist der gewöhnliche.

— Um Wasser aus Alcohol zu entfernen, füge man ihm Gelatine zu, welche soviel Wasser aufsaugen wird, dass der Alcohol fast absolut wird.

Vacanzen.

— *Vacanzen im Militär-Medicinal-Ressort*: 1) Gehülfen der Bezirks-Militär-Medicinalinspectoren in Kasan und Omsk. 2) Corpsarzt des II. Armeecorps. 3) Aeltere Aerzte: im 49. Brest'schen Regiment (Odessa); im 64. Reserve-Bataillon (Krementschug; im 1. ostsibirischen Bataillon; im Lazareth von Kainsk (Gouv. Tomsk). 4) Kreisarzt in Chodshent. — Die vacanten Stellen für jüngere Aerzte werden mit Stipendiaten besetzt, welche ihren Cursus in diesem Jahre absolvirt haben.

[1]) Der I. intern. otol. Congress fand im Jahre 1876 in New-York, der II. im September 1880 in Mailand statt.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs
am 5. Februar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3129	1792	4921
Kinderhospitäler	159	195	354
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	333	148	481
Scharlach	23	31	54
Pocken	7	4	11
Venerische Krankheiten	515	408	923

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 29. Jan. bis 4. Feb. 1884 besucht von 3010 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1302.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 29. Jan. bis 4. Febr. 1884.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr	Unbekannt.
385	298	683	164	70	103	21	8	19	64	53	66	43	44	19	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 24, Scharlach 14, Diphtherie 20, Croup 1, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 12.

— Gehirnapoplexie 19, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, andere Gehirnkrankheiten 22, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung der Athmungsorgane 101, Lungenschwindsucht 123, andere Krankheiten der Brusthöhle 10, Gastro-intestinal-Krankheiten 104, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 55, Marasmus senilis 36, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 9.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	13—19 Jan.	181 732	88	9	25,2	10,2	29,4
Kopenhagen	16—22 Jan.	258 000	118	10	23,0	8,6	43,4
Berlin	20—26 Jan.	1 192 203	531	86	23,2	16,2	37,1
Wien	20—26 Jan.	759 849	387	36	26,5	9,3	34,8
Brüssel	13—19 Jan.	166 351	79	9	24,7	11,4	33,5
Paris	18—24 Jan.	2 239 928	1112	123	25,8	11,0	28,1
London	20—26 Jan.	3 955 814	1531	236	19,9	15,4	32,1
St. Petersburg	**27 Jan.—2 Febr.**	**928 016**	**688**	**95**	**38,2**	**13,8**	**31,6**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. Februar 1884.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect 14.

Сообщенія и протоколы засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за 1883 годъ. Годъ первый. Съ приложеніемъ 6-ти таблицъ. 1884. 3 р.

Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. Повременное изд. подъ ред. проф. И. П. Мержеевскаго. Годъ 1-й вып. 2-й. Съ 1 фотогр. и хромолитогр. табл., 1884. 3 р. 30 к.

Кенигъ. Руководство къ общей хирургіи. Перев. съ нѣмец. подъ ред. д-ра Д. Фридберга. 1-й отдѣлъ, 1884, 1 р. 80 к.

Шиллингъ, Преступленіе и душевное разстройство передъ судомъ. Перев. съ нѣм. канд. пр. М. Циммерманнъ, 1884, 2 р.

Шеръ. Гомеопатія или шарлатанизмъ въ медицинѣ (разоблаченія), 1884, 1 р.

Гебра и **Капози,** Руководство къ изученію болѣзни кожи. Перев. съ нѣмецк. подъ ред. проф. Полотебнаго, т. П, вып. 1, 1884, 3 р.

Dujardin-Beaumetz, Лекціи клинической терапіи, т. П. вып. 1-й (Лѣченіе болѣзни печени и почекъ), 1884, 1 р. 50 к.

Гутманъ, Руководство къ клиническимъ методамъ изслѣдованія грудныхъ и брюшныхъ органовъ со включеніемъ ларингоскопіи. Перев. съ послѣдн. нѣм. изд., 1884, 2 р. 40 к.

Aubert, Du sevrege et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, 1884. 1 Rbl. 25 Kop.

Baer, Die Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Vereinsthätigkeit, 1884, 60 K.

Barthez et **Sanné,** Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 3-me éd. Tome I, 1884, 8 Rbl.

Binz, Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte und Studirende, I. Abth., 1884, 4 Rbl. 20 Kop.

Hübener, Die Diphtheritis und ihre Behandlung, 1884, 60 Kop.

Orth, Cursus der normalen Histologie zur Einführung in den Gebrauch des Mikroskopes sowie in das praktische Studium der Gewebelehre, 3. verb. Aufl. mit 108 Holzschnitten, 1884, 4 Rbl. 80 Kop.

Bock, Die Pfropfung von Haut u. Schleimhaut auf oculistischem Gebiete, 1884, 1 Rbl. 45 Kop.

Dujardin-Beaumetz, Leçons de clinique thérapeutique, III. vol. 2 u. 3 fasc., 1884, 5 R.

Esterc, Contribution à l'étude l'électrodiagnostic., 1884, 1 Rbl. 75 Kop.

Haas, Die acute Endocarditis, 1884. 1 Rbl. 80 Kop.

Klemensiewicz, Fundamental-Versuche über Transsudation. Ein Beitrag zur Pathologie des Blut- und Lymphstromes Mit 8 Abbildg. und 6 lithogr. Tafeln., 1884, 2 Rbl. 40 Kop.

Kühner, Wie sind Epileptiker zu behandeln? 1884, 60 Kop.

Ferièrre, L'âme est la fonction du cerveau 2 vols, 1884, 3 Rbl. 50 Kop.

Gradle, Bacteria and the germ theory of disease, 1884, 6 Rbl.

Guyon, Atlas des maladies des voies urinaires, 4-ème livr., 1884, 6 Rbl. 50 Kop.

Heitzmann, Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina. II. Abtheilung, 1884, 1 Rbl. 80 Kop.

Hirsch, Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Länder. Lief. 2—4, 1884, 1 Rbl. 80 Kop.

Hueter, Grundriss der Chirurgie 2. verb, Aufl , I. Bd., 1884, 6 Rbl.

Nagel, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie, XIII. Jahrg., 1884, 9 Rbl.

Kehrer, Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynaekologie, II. Bd., 2. Heft, 1884, 2 Rbl. 40 Kop.

Nordström, Traité théorique et pratique du massage (Methode de Mezger en particulier), 1884, 3 Rbl. 50 Kop.

Wölfler, Ueber die Entwickelung und den Bau des Kropfes. Mit 19 lithogr. Tafeln, 1884, 13 Rbl. 20 Kop.

Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Herausgegeben von Dr. Behrens. I. Bd., I. Heft, 1884, 3 Rbl. (Jährlich erscheinen 4 Hefte).

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 10 Февраля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 7. **St. Petersburg, 18. Februar (1. März)** **1884.**

Ueber die elektrische Reaction der sensiblen Hautnerven bei Tabikern.

Von

M. Mendelssohn.

Aus dem klinischen Laboratorium des Hrn. Prof. Charcot in Paris.

(Vorläufige Mittheilung.)

Das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der sensiblen Nerven in Krankheiten mit veränderter Sensibilität ist bis jetzt kaum studirt worden, während die motorischen Nerven in dieser Beziehung seit langer Zeit Gegenstand eingehender und fruchtbarer Untersuchung gewesen sind, wohl deshalb, weil die Gesetze des Elektrotonus beim sensiblen Nerven lange nicht so genau bekannt sind, wie beim motorischen. Die Zuckungsgesetze des elektrotonisirten Bewegungsnerven sind genau präcisirt, während die des sensiblen Nerven so gut wie unbekannt sind, namentlich was die Entstehung der Empfindungen betrifft. Freilich stösst das Studium der Erregbarkeit an den sensiblen Nerven auf derartige Schwierigkeiten, dass manchmal bei der Untersuchung überhaupt kein Resultat erzielt wird. Abgesehen von den technischen Schwierigkeiten. welche im Allgemeinen die Versuche mit dem Elektrotonus bieten, kommt hier noch die einer richtigen Schätzung des durch den elektrischen Reiz eines sensiblen Nerven gesetzten Effectes hinzu. Der motorische Nerv beantwortet seine Reizung mit einer Zuckung des von ihm versorgten Muskels, welche vermittelst der graphischen Methode sehr leicht aufgezeichnet und gemessen werden kann, während der sensible Nerv nur durch eine, auf keine Weise zu registrirende Empfindung auf den Reiz reagirt; hierbei ist der subjectiven Beurtheilung ein weiter Spielraum gegeben. Den Beobachter leitet die Auskunft, welche das dem Experiment unterworfene Individuum über seine Empfindungen giebt; ein Jeder, der solche Untersuchungen, namentlich an weniger intelligenten Personen, angestellt hat weiss, wie trügerisch die Angaben derselben oft sind. Ferner bleibt es oft unklar, ob die gegebene Empfindung im Verlaufe des Nerven oder in dessen Endigungen entsteht; die Mitwirkung der Endorgane der sensiblen Nerven beim Zustandekommen einer Empfindung in Folge der elektrischen Reizung ist eben noch nicht mit der nöthigen Genauigkeit festgestellt. Es ist sogar sehr wahrscheinlich, dass ein grosser Theil dieser Empfindungen, besonders die des Brennens, aus der directen Einwirkung des Stromes auf die cutanen Endorgane und den chemischen Wirkungen der verschiedenen, die Haut reizenden elektrolytischen Producte sich zusammensetzt (cf. Erb, Elektrotherapie in Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie, 1882, pag. 96). Man neigt immer mehr der Ansicht zu, dass die Reaction der cutanen Endorgane auf den elektrischen Reiz in Form einer Empfindung von zwei Factoren, von den Dichtigkeitsschwankungen und der constanten Einwirkung des Stromes abhänge. Solche Thatsachen können aber nicht für eine Localisation der Empfindungen bei elektrischer Reizung verwerthet werden, da die Möglichkeit einer excentrischen Empfindung bei constanter starker Reizung des Nervenstammes bereits von Volta festgestellt und durch die neuern überzeugenden Versuche Grützner's[1]) bewahrheitet worden ist. Hermann[2]) behauptet anlässlich der Untersuchung über die Geschmacksempfindung, welche bei elektrischer Reizung der Zungenoberfläche entsteht, dass eine periphere Sensation durchaus nicht zu der Annahme einer beständigen Einwirkung des Stromes auf die sensiblen Nerven berechtige.

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten haben einige Beobachter (Michaelis und Volta, Pflüger, Hallsten) eine Bestimmung der qualitativen und besonders der quantitativen Wirkung des elektrischen Stromes auf die sensiblen Nerven an Thieren versucht. Mir sind bis zu Erb's[3]) Untersuchungen keine derartigen Versuche an Menschen bekannt; Erb fand vermittelst der polaren Methode eine vollkommene Congruenz der Erregungsgesetze sowohl bei den motorischen, wie auch bei den sensiblen Nerven. Vor Kurzem hat de Watteville[4]) in einer

[1]) Grützner: Arch. f. d. gesammte Physiologie. XVIII. 1878. pag. 238.
[2]) Hermann: Handbuch der Physiol. Bd. II. Th. I, p. 56.
[3]) l. c.
[4]) de Watteville: Introduction à l'étude de l'éléctrotonus des nerfs moteurs et sensibles de l'homme. 1883.

sehr ausführlichen Arbeit, welche mir kurz vor dem Schlusse dieser Untersuchungen bekannt wurde, die Erb-schen Sätze bestätigt.

Wir sehen aus dem Vorhergehenden, dass mehr oder weniger sichere, den Elektrotonus der sensiblen Nerven beim *gesunden* Menschen betreffende Thatsachen bekannt sind; für den *kranken* Menschen fehlen aber solche vollständig. Man weiss durchaus nicht, wie sich die sensiblen Nerven in Krankheiten mit alterirter Sensibilität dem galvanischen Strom gegenüber verhalten, und doch hätten die so deutlich ausgesprochenen Empfindungsstörungen bei der Tabes dorsalis auf den Gedanken, die Reaction der sensiblen Nerven auf den galvanischen Strom zu prüfen, bringen müssen, um so mehr, als die Westphal'schen, von Déjérine [5]) bestätigten Untersuchungen wirkliche Läsionen der Hautnerven bei Tabes nachgewiesen haben. Neftel hat übrigens schon früher auf das Vorwiegen der Anodenempfindungen bei Tabikern hingewiesen.

Ich habe es deshalb für zweckentsprechend gefunden, durch eine Reihe von Untersuchungen das Verhalten der sensiblen Nerven bei Tabikern gegenüber dem constanten Strom genau zu präcisiren.

Obgleich meine Resultate in gewisser Beziehung unvollständig sind, so erscheinen sie mir doch wichtig genug, um sie in Kürze mitzutheilen; die Einzelnheiten über die Untersuchungsmethode und die an den Kranken beobachteten Sensibilitätsstörungen werden in einer ausführlichen Arbeit nächstens erscheinen. Ich überzeugte mich durch eine Reihe vorläufiger Untersuchungen an gesunden Menschen, dass das Erregungsgesetz bei den sensiblen Nerven ein dem bei den motorischen analoges sei, und setzen wir in der Formel an Stelle von Z (Zuckung) — E (Empfindung), so haben wir:

$$\text{KaSE} > \text{AnSE}$$
$$\text{AnSE} > \text{AnOE u. KaOE}$$
$$\text{AnOE} = \text{KaOE}.$$

Ich habe nie das Vorwiegen der AnOE über KaOE (wie beim motorischen Nerven) constatiren können, beide Empfindungen sind nahezu gleich stark.

Die grösste Mehrzahl der Versuche stellte ich an Tabikern an, welche sich in den letzten 2 Jahren in der Klinik des Hrn. Prof. Charcot (Salpetrière) befanden. Alle stellten ausnahmslos das klinische Bild der Hinterstrangsklerose dar, welches während des Aufenthaltes der Kranken in andern Hospitälern, bei ihrer Aufnahme in die Salpetrière und schliesslich während meiner Untersuchungen auch von mir bekräftigt wurde. Bei den meisten dieser 34 Kranken dauerte die Tabes bereits mehrere Jahre und hatte das Ende der zweiten Periode erreicht. 21 von diesen Patienten boten mehr oder weniger ausgesprochen verschiedenartige Sensibilitätsstörungen von einer geringen Abstumpfung der Empfindlichkeit und partieller Empfindungslähmung bis zu völliger Vernichtung der Sensibilität dar. In andern Fällen wurde eine Verlangsamung der Empfindungsleitung und bei 4 (alle mit abnormer elektrischer Reaction der sensiblen Hautnerven) das von Berger [6]) zuerst beschriebene Symptom gefunden. Es besteht darin, dass die Kranken wohl die Tastempfindung deutlich, aber nicht starke Schmerzen (cutane Faradisation) empfinden.

Von diesen 21, Störungen der Sensibilität darbietenden Kranken zeigten 9 abnorme elektrische Reaction der sensiblen Nerven in der Weise, dass AnOE > KaSE, beim Oeffnen des Stromes war AnOE = KOE, doch fühlten 2 Kranke, bei welchen die Tastempfindung bei deutlicher Analgesie fast normal erschien, beim Maximum der Stromstärke (60 Gaiffe'sche Elemente) gar keine Empfindung bei AnO. Ich konnte mich ausserdem noch so manches Mal davon überzeugen, dass die Anodenempfindung nicht nur in ihrer Intensität, sondern auch in ihrer Qualität von der Kathodenempfindung differirte. Während bei AnS das Gefühl des Brennens percipirt wurde, fühlten die Kranken bei KaS ein Stechen, auch wurden in den Fällen mit vorwiegender AnE die anderen Formen von Sensibilitätsstörungen, wie Verlangsamung der Empfindungsleitung, langes Andauern der Empfindung nach aufgehobenem Reiz vorzugsweise und sehr deutlich während der Reizung mit AnS beobachtet.

So wenig zahlreich die angeführten Fälle auch sein mögen, so beweisen sie doch das Vorhandensein einer anomalen, der Entartungsreaction analogen Reaction der sensiblen Hautnerven bei wahren Tabikern. Ich bin noch nicht im Stande anzugeben, in welchem Stadium der Hinterstrangsklerose diese mit den anatomischen Veränderungen der Hautnerven (Westphal, Déjérine) höchst wahrscheinlich zusammenhängende Reaction auftritt, ich nehme mir aber vor, diese Untersuchungen fortzusetzen und meine Resultate in einer besondern Arbeit mitzutheilen. Dessenungeachtet glaubte ich aber diese Daten veröffentlichen zu müssen, weil sie nicht nur die Pathologie der Tabes dorsalis berühren, sondern auch einen Beitrag zum Studium des Elektrotonus der sensiblen menschlichen Nerven liefern.

[5]) Déjérine: Archiv de physiol. 1883.
[6]) Berger: Berlin. klin. Wochenschr. 1878, № 4.

Referate.

W. Waldhauer: Untersuchungen, betreffend die untere Reizschwelle Farbenblinder. Inaug.-Dissert. Dorpat 1883. (64 S. X Tafeln.)

Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, nach der Raehlmann'schen (spectroskopischen) Methode die untere Reizschwelle (d. h. die minimale Menge homogenen Lichtes, welche eine *Licht*empfindung auslöst) zu messen. Um einen Ueberblick über den Farbensinn der Untersuchten zu erhalten, liess er sie die pseudoisochromatischen Mauthner'schen Fläschchen, welche Pigmente in Pulverform enthalten, aussuchen.

Wie W. selbst hervorhebt, sind die erhaltenen Resultate meist negativ, indem die Untersuchungen an Farbenblinden derselben Art und sogar die an Normalsichtigen unter sich schlecht übereinstimmten. Die Einsicht in die fast nur Beobachtungsreihen enthaltende Arbeit wird wesentlich durch die graphische Darstellung (Taf. I bis X) erleichtert. Das Endergebniss ist folgendes:

Das subjective Farbenunterscheidungsvermögen der Farbenblinden einer Kategorie ist ein äusserst verschiedenes. (Da der Verfasser diesen Schluss aus den Untersuchungen mit den Mauthner'schen Fläschchen zieht, so meint er wahrscheinlich: *die Verwechslungsfarben seien verschieden*, was thatsächlich der Fall ist. D. Ref.)

Die acht Farbenblinden sehen das Spectrum zweifarbig (gelb und blau). Für die ersten sechs liegt die hellste Stelle des Spectrum im *Orange*, bei den beiden andern, von denen der eine ein stark verkürztes Spectrum (am rothen Ende) hat, rechts von der Na-Linie, im *Hellgrün* (gelblich-grün?). Diese beiden Farbenblinden haben ein verlängertes violetes Spectralende. Diese Thatsachen findet W. im Einklang mit der Young-Helmholtz'schen Theorie, auch wenn man die Raehlmann'sche Hypothese zu Hilfe nimmt (nach welcher die betr. Componenten nicht ausfallen, sondern sich verschieben, resp. mit den benachbarten zusammenfallen. Diese Ansicht wurde, fast gleichzeitig mit Raehlmann, auch von Prof. Fick entwickelt. D. Ref.).

Die Untersuchung der unteren Reizschwelle ergab zwar bedeutende Abweichungen von dem normalen Auge, doch sind die Curven alle verschieden. «Es lässt sich mithin kein System herauslesen.»

Das zum Schluss mitgetheilte Resultat, *dass auch bei Normalsichtigen grosse individuelle Verschiedenheiten vorkommen*, ist wohl nicht blos Beobachtungsfehlern zuzuschreiben, wie der Verf. es vorsichtig thut. Auch andere Beobachter (wie Cohn und Donders z. B.) haben dasselbe gefunden.

Der Verf. betont ausdrücklich, dass er keine neuen Resultate gefunden. Nichtsdestoweniger hat diese sorgsame Arbeit Anspruch auf Interesse, denn sie beweist, dass selbst eine so scharfe Methode, wie die Raehlmann'sche, keine vergleichbaren Resultate giebt, wenn man sich auf die Messung der *absoluten* Reizschwelle beschränkt und nicht auch die *specifische* Reizschwelle (zur *Farben*empfindung) berücksichtigt. K—e.

Schmidt: Ueber die Wirkung von Jequirity auf die Bindehaut der Augenlider. (Wratsch № 49—51. 1883.)

Auf Grund von 40 Fällen, deren Krankengeschichten Vf. kurz wiedergiebt, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Ein Infus der Samen von Abrus precatorius (Jequirity) erzeugt eine croupöse Entzündung, welche kernige Neubildungen, sogen. Granulationen, auf der Bindehaut zum Schwinden bringt.

2) Diese Entzündung lässt sich bei jedem Zustande der Cornea hervorrufen.

3) Alle ulcerativen Processe der Cornea lassen sich durch diese Entzündung wegschaffen, alte Trübungen vermindern sich theilweise.

4) Diese Entzündung hat weder für die Cornea noch für die Conjunctiva übele Folgen.

5) Bei einzelnen Patienten muss die Anwendung des Infuses wiederholt werden.

6) Ausser dem Druckverband und Auswaschen mit 5%iger Borsäurelösung sind keinerlei weitere Hülfsmittel nöthig.

7) Die Häufigkeit der Wiederholung der Anwendung (2—12mal) hängt von der Individualität der Patienten ab.

8) Die Application muss so lange wiederholt werden, bis sich eine deutliche croupöse Membran gebildet hat.

Vf. empfiehlt das Mittel auf's Wärmste. P.

Paul Reichel: Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Darmnaht. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XIX. Hft. 2 u. 3).

Bei dem heutigen, raschen Fortschritt der operativen Technik, und der proportional wachsenden Kühnheit im Operiren, ist es nicht unpraktisch auch gewissenhaft die Mahnrufe zu notiren; ein solcher ist der vorliegende Aufsatz, indem Verf. 13 Fälle von Darmresection mit Naht aus der Breslauer Klinik mittheilt und die Zusammenstellungen Madelung's und Rydygier's über diesen Gegenstand durch die neuerdings veröffentlichten Fälle completirt. Die Arbeit ist für jeden, der Interesse hat an der besprochenen Frage höchst lesenswerth. Obgleich naturgemäss mehr geglückte Operationen zum Druck kommen als missglückte, ist bei 121 Darmresectionen mit Darmnaht 58 Mal der Tod gefolgt, 5 Mal blieben Kothfisteln bestehen und 13 Mal schlossen sich entstandene Kothfisteln, also nur 45 Mal (38 %) hat die Operation zum erwünschten Ziel geführt, denn dass 18 (5 + 13) Mal der Koth glücklich den Weg nach aussen und nicht in die Bauchhöhle genommen, ist wahrhaftig nicht Schuld der Operateure.

10 Operationen zur Exstirpation bösartiger Neubildungen gaben 5 Todesfälle, 8 Oper. wegen Darmverschluss 6 Todesf., 10 Oper. bei Verletzungen des Darms 4 Todesf., 37 Oper. behufs Beseitigung eines Anus praeternaturalis resp. einer Fistula stercoralis 14 Todesfälle, 56 Op. wegen gangränöser Hernie 29 Todesf. In beiden letzten Kategorien sind aber auf 37 Fälle 20, d. h. 54,05 %, und auf 56 Fälle 39, d. h. 69,4 % Misserfolge (eben auch durch Kothaustritt) zu verzeichnen.

Verf. kommt nach sehr gründlicher Erörterung der einschlägigen Fragen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Darmnaht darf nur an gesundem und von seinem Inhalt möglichst befreitem Darm ausgeführt werden. 2. Daher sind die gangränösen Hernien, Darmtumoren, Darmverschluss als Indicationen für die Darmresection mit folgender Darmnaht fallen zu lassen. An die Stelle letzterer soll die Anlegung eines Anus praeternaturalis treten, der secundär durch die Darmnaht zu schliessen ist. Bei Ausführung der Naht ist die Peritonäalhöhle durch provisorische Bauchdeckennaht zu verschliessen. Die genähte Schlinge ist in toto zu reponiren. Eine Drainirung der Peritonäalhöhle, wie Fixiren der genähten Schlinge ist überflüssig und zu verwerfen. — Ob den Patienten nicht noch besser gedient wäre, wenn Schliessung des Anus praeternaturalis erst durch Enterotom und Plastik versucht würde und nur, wenn dieses nicht zum Ziele führen kann, zur Resection und Darmnaht gegriffen würde? (Ref.) T.

O. Hagen-Torn: Unentbehrliche Bemerkungen zu den Artikeln über 33 Fälle von Unterbindung der Carotis communis von N. A. Weljaminow. (Med. Westnik № 51. 1883.)

Ueber die genannten Artikel ist seiner Zeit im «Wratsch» (№ 30, 1882 u. № 45, 46, 1881) sowie im Centralbl. f. Chir. referirt worden. ohne dass irgend welche Zweifel an der Wahrheit und Zuverlässigkeit dieser Veröffentlichungen laut geworden wären. Jetzt begegnen wir aber im Med. Westnik einem Aufsatze von Dr. Hagen-Torn, in dem uns eine Aufklärung gegeben wird über den Werth der Weljaminow'schen Artikel.

Dr. Hagen-Torn, früher Assistent von Dr. C. Reiher in der Klinik der weiblichen Curse, macht zunächst darauf aufmerksam. dass während seiner ganzen Zeit in der Klinik des Dr. C. Reyher in keinem einzigen Falle die provisorische Compression der A. carot. commun. ausgeführt sei, von der Dr. Weljaminow in seiner Arbeit spricht und die W. als Grund anführt für die fehlenden Hirnerscheinungen nach der Unterbindung des Gefässes. — Auf die Hirnerscheinungen übergehend, weist Hagen-Torn aus den Weljaminow'schen Krankengeschichten nach, dass die Schlussfolgerung Weljaminow's eine falsche sei, dass nur in einem Falle Hirnerscheinungen und zwar da auch nur durch «einfachen Zufall» aufgetreten seien. Hagen-Torn findet in denselben Krankengeschichten 4 Mal Hirnerscheinungen. Ferner fügt H.-T. aus eigener Beobachtung hinzu, dass in dem Falle № 21 nach der Unterbindung der Carotis comm. eine Parese des rechten Nerv. hypogl. aufgetreten sei und zur Zeit noch bestehe, — von der Weljaminow in der Krankengeschichte keine Erwähnung thut. Betreffs der Unterbindung der Carotis comm. in Fällen von unoperablen Neubildungen (unter den 32 von C. Reyher ausgeführten Unterbindungen der Carotis comm. war in 15 Fällen aus letzterer Indication das Gefäss unterbunden) stimmt H.-T. der Ansicht Weljaminow's bei, dass die Unterbindung der Carotis comm. keinen Nutzen den Kranken gebracht hat, kann aber andererseits nicht zugeben, dass die Unterbindung des Gefässes ebensowenig Schaden verursacht hat und acceptirt auch nicht den Grund Weljaminow's, dass aus Humanitätsrücksichten die Carotisunterbindung ausgeführt werden müsse, da er gesehen, wie die Kranken vor, während und nach der Operation gelitten und darauf noch die bittere Enttäuschung zu erfahren hatten, dass die Operation ihnen keine Erleichterung gebracht hatte. In dem von Weljaminow angeführten «glänzenden» Fall № 5, wo die Neubildung im Laufe von 4 Jahren vor der Operation gewachsen und Pat. 19 Monate nach der Unterbindung der Carotis comm. gestorben ist, macht H.-T. die Zurechtstellung, dass die Patientin nach der Operation *nicht* ohne Schmerzen gewesen ist, sondern die Schmerzen fortgedauert haben, allerdings etwas erträglicher gewesen sind.

Bezüglich der von Weljaminow angeführten Literatur, macht H.-T. darauf aufmerksam, dass W. nicht berechtigt gewesen ist, in der Statistik von Pilz einen augenfälligen Nutzen der Unterbindung der Carotis comm. zu constatiren. da Pilz selbst sich zur folgenden Schlussfolgerung veranlasst gesehen: «Ganz zu verwerfen ist die Ligatur der Carotis comm., um einem Neoplasma die Nahrungszufuhr zu entziehen», — ein Satz. der von Weljaminow ignorirt worden ist.

Wir können schliesslich unsere Anerkennung nicht versagen, wenn von berufener Seite Einsprache erhoben wird gegen die immer mehr zunehmende Leichtfertigkeit in der Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten. und müssen unseren aufrichtigen Wunsch aussprechen, dass das gute Beispiel Dr. Hagen-Torn's Nachahmung finde bei allen Denen, die es ernst mit der Wissenschaft meinen und denen es klar ist, dass unzuverlässige Arbeiten auf wissenschaftlichem Gebiete nicht nur ein Verstoss gegen die Wissenschaft, sondern auch ein Frevel gegen die ganze leidende Menschheit sind. Wir freuen uns auch, dass der erste Versuch Dr. Hagen-Torn's nicht ohne Wirkung gewesen zu sein scheint, da wir in der Zuschrift des Dr. Weljaminow an die Redaction des Med. Westnik allerdings keine Rechtfertigung. wohl aber den Vorsatz Dr. Weljaminow's finden, nochmals das Material der Carotisunterbindungen in objectiver Weise durchmustern zu wollen. Hoffen wir, dass dieser Vorsatz recht bald sich realisire. D.

Fredk. W. Mott und J. Blore: Mikroorganismen bei Typhus exanthematicus. (Brit. Med. Journ. 1883. № 1196).

Vff. haben in 12 Fällen von Typh. exanth., in denen sie das Blut mikroskopisch untersuchten, während der Fieberperiode, neben Vermehrung der weissen Blutkörperchen, allemal das Vorhandensein von Mikroorganismen constatiren können. Sie waren beweglich, sahen wie kleine Schrauben aus. Gelegentlich konnte ihre Form näher bestimmt werden. Vff. betrachten sie als «hantelförmige (dumb-bell) Mikrokokken die in Theilung begriffen sind», einzelne bis 0,5 μ. lang. Sie verschwanden regelmässig mit Eintritt der Reconvalescenz, während sie bisweilen gleich nach der Entfieberung noch gesehen werden konnten. Controlversuche an anderen Fieberkranken liessen im Blute nichts Aehnliches nachweisen.

Die mikroskopische Untersuchung verschiedener Organtheile in 6 letal verlaufenen Fällen ergab nur in Bezug auf den Herzmuskel bemerkenswerthe Resultate. Hier fanden sich nämlich, ausser albuminöser Infiltration und fettiger Entartung, capilläre Haemorrhagien, im Aussehen an die Hautpetechien erinnernd. Ferner waren hier Mikrokokkencolonien vorhanden, welche in den Lymphgefässanhängen zu liegen schienen.

Bei Behandlung mit Anilinviolet färbten sie sich intensiv und ergab sich alsdann, dass solche Haufen an Grösse die Muskelkerne sowohl wie die Leukocyten überragten. Die einzelnen Kokken in welche sich dieselben bei Oelimmersion auflösten maassen gegen 0,5 μ. In den übrigen Organen waren sie nicht zu sehen, wenn die Section gleich nach dem Tode gemacht wurde. War jedoch längere Zeit verstrichen, so fanden sich dieselben Gebilde überall in reichlicher Menge. Daher äussern sich die Verff. auch in Bezug auf ihr Vorhandensein im Herzen äusserst reservirt, indem sie die Möglichkeit freilassen, dass auch hier diese Colonien erst post mortal, allerdings aus bereits früher vorhandenen Sporen, sich entwickelt haben, was um so leichter geschehen kann, als die Decomposition bei Typhuskranken ungemein rasch, ja eigentlich schon bei Lebzeiten, beginnt.

Ob diese Sporen und die Bacillen im Blut als specifische Krankheitserreger anzusehen sind, wagen Verff. nicht mit voller Sicherheit zu entscheiden, so lange weitere Beweismomente, Culturen und Impfungen, fehlen. — s.

E. Ehrendorfer: Ueber die Verwendung der Jodoformstäbchen bei der intrauterinen Nachbehandlung im Wochenbett. (Archiv für Gynäkologie. XXII. Band, Heft I. 1883.)

Verf. theilt eine Reihe von 27 Fällen puerperaler Erkrankung des Endometriums mit, welche er mit intrauterin applicirten Jodoformstäbchen behandelt hat. Es sind zum Theil sehr schwere Fälle mit hochgradigen Zersetzungserscheinungen in der Uterushöhle,

welche in der Mehrzahl der Fälle überraschend schnell ausgeheilt sind. Der Geruch schwindet in der Regel schon in den ersten 24 Stunden, das Secret nimmt ab, und das Fieber hört ebenfalls sehr bald auf. In folgender Dosis und Präparation hat er das Jodoform angewandt: Jodoformi pulver. 20,0,
Gummi arabici,
Glycerini,
Amyli puri aa. 2,0 —
f. bacilli № 3, longitud. ctm. 5—6.

In jedem Stäbchen sind also etwa ʒjj Jodoform enthalten. Unter Leitung der halben eingeführten Hand wird solch' ein Stäbchen mit einer gekrümmten Kornzange in das Cavum uteri gebracht, nachdem dasselbe vorher mit einer Carbollösung ausgespült worden ist, damit das Jodoform besser mit der Schleimhaut in Contact geräth. In einem der Fälle wurde eine schwere septische Endometritis mehrere Tage lang zuerst mit häufigen Carbolausspülungen behandelt, ohne irgend welche Besserung, während nach Einführung eines Jodoformstiftes in 24 Stunden ein völliger Umschwung im Krankheitsbilde eintrat. Zum Theil sieht Verf. den Vortheil dieser Stifte darin, dass der Uterus nicht oft irritirt wird; soviel aus den Krankengeschichten ersichtlich, genügt oft eine einmalige Application, und eine Wiederholung wird eventuell immer nur alle 2—3 Tage vorgenommen. Intoxication hat er nie beobachtet, und meint, dass in solchen Fällen der Uterus schnell von dem überschüssigen Jodoform befreit werden könnte. S—t.

N. Komarow: Cinchonin bei Wechselfieber. (Wratsch № 48, 1883.)

Anknüpfend an die Mittheilung Enko's (Med. Obosrenije 1883), theilt Vf. seine Erfahrungen mit, die er als Landarzt im Laufe von 3 Jahren gemacht, und zwar an 693 Fällen von Intermittens. Im Gegensatz zu Enko hat er nie bedrohliche Nebenwirkungen auf's Herz gesehen. Erbrechen kam wohl öfter vor, aber nur wenn das Mittel als Pulver verabreicht wurde (in Lösungen und in Capseln wurde es stets ohne Reizwirkung vertragen).

Chinin hat den Vorzug vor Cinchonin, dass es schneller wirkt und dass man gerade halb so grosse Dosen wie beim Cinchonin nöthig hat. In 26 schweren Fällen blieb Cinchonin wirkungslos und musste zum Chinin gegriffen werden. Die beste Eigenschaft des Cinchonin ist seine Billigkeit, es ist 5mal billiger wie Chinin, und daher empfiehlt es sich besonders für die Landpraxis. P.

D. Drummond: Bemerkungen über Diagnose und Natur der sog. perforirenden Tumoren der Dura mater. (Brit. med. Journ. 1883, № 1190.)

D. beschreibt 4 Fälle von bösartiger Neubildung, welche aus dem Inneren des Schädels durch den Knochen hindurch nach aussen gewuchert und unter der Haut zu grossartigen Dimensionen ausgewachsen war, so dass der Kopf ein unförmliches knolliges Aussehen, namentlich stark bei einem 5jährigen Kinde, erhalten hatte. Die übrigen Patienten gehörten späteren Lebensperioden an. In 2 zur Section gekommenen Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst einmal kleinzelliges Gliosarcom, das andere Mal alveoläres Sarcom. Den Ausgangspunct hatte die Dura mater abgegeben.

Der Knochen war theilweise durch Druck zur Resorption gebracht, so dass grosse Lücken entstanden waren, durch welche sich ein Theil des Tumors wieder in das Schädelinnere reponiren liess, theilweise war er ebenfalls vom Sarcom durchwachsen und in die Neubildung hineinbezogen. Druckerscheinungen waren, trotzdem am Gehirn deutliche Spuren von Compression der Gehirnsubstanz sich bemerkbar machten, nicht vorhanden. (Ein Mal bestand Analgesie einer Extremität.) Dieselbe Neubildung fand sich gewöhnlich auch an anderen Körperstellen. Allemal ergab das Ophthalmoskop hochgradige beiderseitige Neuritis des Sehnerven, ein Symptom, welches nach Vf. in diagnostischer Beziehung wichtig ist, da er dasselbe so ausgesprochen bei anderen Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, namentlich auch bei Hydrocephalus int., nicht gefunden hat. —s.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Th. Puschmann: Die Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre. Mit 1 Plan des allg. Krankenhauses in Wien. Wien. 1884. M. Perles. 372 Seiten.

Im diesem Jahre (1884) feiert das «K. K. allgemeine Krankenhaus» sein 100-jähriges Bestehen. In dieser Veranlassung hat der fleissige Prof. der Geschichte der Medicin P. sich der bedeutenden Mühe unterzogen unter Benutzung verschiedener Archive eine Geschichte dieses Krankenhauses zusammenzustellen. Das ist aber zugleich ein Werk, welches nicht nur eine Geschichte der Wiener medicinischen Schulen, sondern auch eine Geschichte der Medicin unseres Jahrhunderts giebt. Bis auf die letzte Zeit spielen die Wiener Schulen eine bedeutende Rolle und kein geringer Theil unserer Collegen hat ebenfalls seine Studien in Wien fortgesetzt. Namen wie van Swieten, Peter Frank, Skoda, Rokitansky, Hyrtl, Sigmund, Hebra, Billroth etc., wem sind sie nicht theuer, bei wem erwecken sie nicht Interesse oder Reminiscenzen. Daher sind wir sicher, dass das vorliegende Buch viele Freunde finden wird.

Zum Schluss möchten wir noch eines Umstandes Erwähnung thun, der nicht ohne Interesse. Wie bekannt hat sich die medicinische Journalistik in unserer Zeit wahrhaft «grauenerregend» vervielfältigt, so dass man bald eines «Leitfadens» bedürfen wird, um mit der medicinischen Journalistik bekannt zu werden. Dem war nicht also in früheren Zeiten, selbst noch vor 50 Jahren. Im vorliegenden Buche nun finden wir sehr interessante Skizzen über die medicinische Literatur und Journalistik während des letzten Jahrhunderts.

Ein Anhang giebt ein chronologisches Verzeichniss aller Professoren die in den 100 Jahren in Wien gelehrt haben. Der beigefügte Plan wird Vielen eine angenehme Zugabe sein. P.

Louis Blau: Diagnose und Therapie bei gefahrdrohenden Krankheitssymptomen. II. Hälfte. S. 249–528. 2. Auflage. Denicke's Verlag. Leipzig 1883.

Die erste Hälfte haben wir kürzlich angezeigt, jetzt liegt mit der zweiten das Werk vollständig vor. An neuen Abschnitten ist ein Aufsatz über Jodoformvergiftung hinzugekommen. Ein vollständiges Sachregister ermöglicht schnelle Orientirung. Bei Besprechung der ersten Hälfte haben wir uns über den Werth des Buches bereits ausgesprochen, und haben dem Gesagten nichts hinzuzufügen. In der zweiten Hälfte wäre der Abschnitt über Vergiftungen besonders hervorzuheben, auch die Thiergifte, Zersetzungsgifte und Zoonosen finden Berücksichtigung. S—t.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 13. October 1882.

Dr. Schwartz berichtet über die Krankenfrequenz des Krankenhauses des Diaconissen-Vereins. Im Laufe des verflossenen Jahres wurden aufgenommen 290 Kranke (darunter 16 Fälle von Abdominal- und 92 Fälle von exanthematischem Typhus). 24 grössere Operationen wurden ausgeführt. 26 Todesfälle waren zu registriren (darunter 11 exanthem. und 2 abdom. Typhen).

Als von besonderem Interesse erwähnt Dr. Schwartz ein mannsfaustgrosses Hygroma cysticum congenitum colli, welches bei einem 10-monatlichen Kinde operirt wurde: Incision (wobei sich 4 gesonderte Cysten vorfinden), Ausspülung mit Carbolsäurelösung, Drainage, Jodoformwatteverband. Da sich starke Eiterung einstellt und die Kräfte des Kindes abnehmen, nach 14 Tagen Exstirpation der Cystenwandungen, wobei ein Theil, da in nächster Berührung mit den grossen Gefässen des Halses, zurückgelassen werden muss. Rasche Heilung der sehr grossen Wunde unter Jodoformwatteverband, so dass Patient 14 Tage später mit freier Beweglichkeit des Halses und Arms entlassen werden kann.

Zwei aussergewöhnliche Beobachtungen wurden an Flecktyphus-Reconvalescenten gemacht: ein Abscess der männlichen Brustdrüse und eine partielle Gangrän des Scrotum (Patient hatte sich auf einen Eisblock gesetzt).

Dr. Schwartz stellt einen Mann vor, welchem er im Juli c. ein grosses von dem unteren Winkel des rechten Schulterblattes ausgehendes Osteosarcom exstirpirte. Der mit entfernte Angulus scapulae hat sich neu gebildet. Der Arm ist vollständig functionsfähig.

Dr. Holst berichtet über einen Fall acuter Morphiumvergiftung. Ein 18-jähriger Apothekerlehrling, an den Gebrauch von Opiaten nicht gewöhnt, nahm in selbstmörderischer Absicht 18 Gran Morph. mur. in concentrirter Lösung. Nach einer halben Stunde — ausser Blässe des Gesichts war noch keine Wirkung eingetreten — erhielt er von seinem Principal mehrere grosse Tannin-gaben. Nach 1½ Stunden vollständiges Coma. Jetzt rasch hintereinander 2 subcut. Injectionen von Atropin gr. $^1/_{64}$ — ohne Resultat. Eine Stunde später Atropin gr. $^1/_{32}$: die Pupillen erweitern sich; gleichzeitig wird aber der Puls klein und frequent, die Respiration unregelmässig, die Zunge sinkt zurück. Wiederholte Subcutaninjection von aetherischer Campherlösung, künstliche Respiration (Faradisation der Phrenici). 9½ Stunden nach dem Genuss des Giftes wurde die Respiration erst wieder soweit regelmässig, dass die Faradisation der Phrenici sistirt werden konnte; bald darauf kehrt auch das Bewusstsein zurück. In den nächsten Tagen noch grosse Prostration; erst nach 4 Tagen vollkommene Genesung. (Siehe St. Petersb. Med, Wochenschrift 1882. № 49.)

Dr. Stavenhagen erscheinen die ordinirten Atropingaben zu gering: in solchen Fällen könne man sogleich $^1/_{20}$ Gran injiciren; — welcher Anschauung sich DDr. Hehn und Mandelstamm anschliessen.

Dr. Holst erwidert hierauf, der Gesammteffect der Injectionen sei ein eher zu grosser gewesen.

Dr. Hampeln betont, dass, nachdem Dr. Johnston in Shangai subcutane Injectionen von Atropin in Dosen von gr. ¼—½ als Antidot bei Vergiftungen mit Opiaten empfohlen habe, Atropin in Deutschland bei Opiumvergiftungen öfter angewandt worden sei, jedoch ohne ermuthigende Resultate.

DDr. **Miram** und **Hehn** referiren dagegen über Empfehlungen des Atropin als sicherwirkendes Antidot.

Dr. **Mercklin** berichtet, dass in **Ziemssen's** Sammelwerk nur ein Fall von so grosser Dosis des einverleibten Giftes mit günstigem Ausgang zu finden sei (von **Model** bei einer Geisteskranken beobachtet).

Dr. **Mandelstamm** demonstrirt die von **de Wecker** zur Erzeugung von purulenter Conjunctivitis behufs Heilung von inveterirtem Pannus empfohlenen Jequiritykörner. Ein Infus derselben, mit der Conjunctiva in Berührung gebracht, bringe eine purulente croupöse Ophthalmie zu Stande, welche nach ca. 15 Tagen mit Aufhellung des Pannus und Schwinden der Granulationen zurücktritt. Dr. **Mandelstamm** glaubt das Mittel namentlich Landärzten empfehlen zu müssen; eigene Erfahrungen über dasselbe habe er jedoch nicht.

Dr. **Stavenhagen** kann die Empfehlung **de Wecker's** nur mit Reserve aufnehmen: Die Application des Infuses sei ungenau beschrieben, die Dosirung unsicher.

Dr. **Mandelstamm** beruft sich auf die Angabe **de Wecker's**, dass dieser stets nur eine gutartige Ophthalmie beobachtet habe, was bei der zu demselben Zweck durch Inoculation erzeugten purulenten Conjunctivitis durchaus nicht zutreffe.

Dr. **Zwingmann** glaubt, dass ein so wenig erprobtes Mittel wie Jequirity bei Bekämpfung des Pannus kaum den Aetzmitteln Concurrenz machen könne: diese seien in ihrer Dosirung genügend bekannt und in ihrer Wirkung genügend erprobt.

Dr. **Holst** lenkt die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf die mangelhafte Inanspruchnahme des städtischen Ammenbureaus. Das Institut sei mit grossen Anstrengungen von der Stadtverwaltung in's Leben gerufen worden; wenn die Benutzung nicht erheblich zunehme, werde es wohl eingehen müssen. Dr. **Holst** ersucht die Collegen, dem Ammenbureau ihr Vertrauen zu schenken; sich bei etwaiger Unzufriedenheit direct an den leitenden Arzt des Bureaus zu wenden; besonders aber eine Nachuntersuchung der aus dem Institut bezogenen Amme in der Familie zu vermeiden, welches Verfahren seiner Meinung nach am meisten dazu beitrage, den Ruf und das sichere Bestehen des Ammenbureaus zu gefährden. Die Bemerkung Dr. **Hehns**, dass häufig keine Ammen in dem Bureau vorhanden seien, begründet Dr. **Holst** durch die üblichen Nachuntersuchungen. Die stellensuchenden Ammen benutzen eben lieber die Vermittelung von «Schaffnerinnen», um nur eine *einmalige* Untersuchung durch den Hausarzt erwarten zu können.

DDr. **Reichardt** und **Hach** betonen, dass ihrer Anschauung nach die häufig strict verlangte nochmalige Untersuchung der Amme in der Familie nicht abgewiesen werden könne. Letzterer hebt ferner hervor, dass ihm die Gebühr von 5 Rbl. zu hoch erscheine.

Dr. **Hampeln** meint, die Collegen werden das Institut am meisten fördern, wenn sie überhaupt keine Amme approbiren, die nicht zuvor durch das Bureau gegangen.

Dr. **Carlblom** kann eine zweite Untersuchung um so weniger lästig finden, als sie sich seiner Ansicht nach auf die Untersuchung des Kindes zu beschränken habe. Dem gegenüber betonen Dr. **Hach** und Dr. **Schwarz**, dass die Untersuchung des Kindes allein ungenügend sei: ersterer führt eine Beobachtung an, wo das Kind bei der Untersuchung gesund schien, bald darauf aber luetische Erscheinungen aufwies. Letzterer führt einen Fall an, wo ein fremdes gesundes Kind an Stelle des eigenen, luetischen, von der Amme vorgewiesen wurde.

DDr. A. **Haken**, **Gaethgens** und **Stavenhagen** sprechen ihre Meinung dahin aus, dass die Gebühr von 5 Rbl. eine zu hohe sei.

Auf die Anfrage Dr. **Allensteins**, ob mit dem von ihm auf der letzten Sitzung vertheilten dänischen Bouillonpräparat Versuche angestellt worden seien, sprechen sich die DDr. **Reichardt**, **Gaethgens**, **Miram** und **Mandelstamm** ungünstig über dasselbe aus.

Vermischtes.

— Am 14. Februar beging der Leiboculist des Kaiserlichen Hofes Geheimrath Dr. **Johann Kabat**, welcher zugleich Mitglied des militär medicinischen gelehrten Comités und der Hauptverwaltung der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» ist, sein 50jähriges Dienstjubiläum. Zu der Feier, welche im Saale der Ober-Militär-Medicinalverwaltung stattfand, hatten sich zahlreiche Deputationen, mehrere hochgestellte Personen, darunter der Metropolit von Kiew, viele Aerzte und ein grosses Publicum eingefunden. Nach dem Gottesdienste und einer Ansprache des Metropoliten Platon wurde dem Jubilar mitgetheilt, dass Se. Maj. der *Kaiser* ihm die Brillant-Insignien zum St. Alexander Newski-Orden verliehen habe. Es kamen darauf Rescripte Ihrer Maj. der *Kaiserin* und der Grossfürstin *Katharina Michailowna* zur Verlesung; von der Hauptverwaltung des «Rothen Kreuzes» war dem Jubilar eine Adresse bereits früher überreicht worden. Den Schluss bildeten die Beglückwünschungen durch zahlreiche Deputationen und die Verlesung der eingelaufenen Adressen und Glückwunschtelegramme.

— In Tiflis ist Dr. **Iwan Markusow**, früher Arzt bei der Hauptverwaltung des Statthalters daselbst, im Alter von 56 Jahren an Apoplexie gestorben. Die kaukasische medicinische Gesellschaft, zu deren Gründern der Verstorbene gehörte, widmet ihm in ihren Protokollen einen ehrenvollen Nachruf. M. war der Sohn eines Zimmermanns und erhielt seine Schulbildung in einem armenischen Seminar und später im Tiflis'schen Gymnasium. Im Jahre 1848 bezog er die Universität Moskau, an welcher er nach Beendigung seiner Studien zur weiteren Ausbildung und speciellen Beschäftigung mit der Balneologie bis zum Jahre 1858 belassen wurde. Nach Vertheidigung seiner Doctor-Dissertation wurde M. von dem kaukasischen Comité zur weiteren Vervollkommnung in's Ausland geschickt, wo er bei **Virchow**, **Traube** und **Frerichs** mehrere Jahre arbeitete. Im J. 1863 wurde er sodann zum Arzt bei der Hauptverwaltung des Statthalters des Kaukasus ernannt, nahm jedoch schon im J. 1865 seinen Abschied, um sich ausschliesslich der Privatpraxis zu widmen. Der Verstorbene war ein hochgebildeter Arzt und feiner Diagnostiker und erfreute sich daher einer ausgebreiteten Praxis und wurde auch gern von den Collegen in schwierigen Krankheitsfällen consultirt.

— Am 16. Febr. vollendeten sich 25 Jahre seit der Doctorpromotion des Rectors und Professors der Dorpater Universität Dr. E. v. **Wahl**.

— Am 9. Februar verstarb hierselbst an einem chronischen Rückenmarksleiden Dr. **Sebastian Ritter**. Der Dahingeschiedene hatte seine Schulbildung im Dörptschen Gymnasium erhalten und studirte darauf von 1854—59 Medicin in Dorpat. Nach Erlangung des Doctorgrades war R. einige Zeit Kirchspielsarzt in Rauge (Livland), darauf Ordinator am hiesigen Marien-Hospital. Sein zunehmendes Rückenmarksleiden zwang ihn jedoch bereits vor mehreren Jahren, der ärztlichen Praxis zu entsagen.

— *Verstorben*: In Moskau der Docent der dortigen Universität, Dr. **Dmitri Naidenow**; in Tiflis Dr. **Cymbalow**.

— Die Moskauer Universität zählte im Jahre 1883 — 2799 Studirende, von denen 1314 zur medicinischen Facultät gehörten. Die Zahl der Professoren betrug 81, davon gehörten 32 der medicinischen Facultät an. Als Privatdocenten fungirten 8, welche fast alle der medicinischen Facultät angehörten.

— In der Jahresversammlung des «St. Petersburger ärztlichen Vereins» (Врачебная Община) am 30. Januar c. wurde Dr. W. **Nikitin** zum Präsidenten, Dr. P. **Guschtschin** zum Vicepräsidenten, Dr. **Galdinski** zum Secretair und Dr. **Horn** zum Kassirer gewählt.

— Wie die «Russ. Med.» erfährt, sind die Professoren der militär-medicinischen Academie **Bogdanowski** (Chirurg) und **Dobroslawin** (Hygieniker) zu berathenden Mitgliedern des militär-medicinischen gelehrten Comités gewählt worden.

— In der Sitzung vom 7. Januar sind die Professoren **Jaccoud**, **Kussmaul**, **Liebermeister**, **Peter** und **Ziemssen** zu Ehrenmitgliedern der Militär-Medicinischen Academie in St. Petersburg erwählt worden. (Wr. № 2.)

— Die Freunde und Verehrer des verstorbenen Dr. **Dubrowo** haben bei der Militär-Medicinischen Academie ein Capital von 10,000 Rbl. deponirt, mit der Bestimmung aus den Procenten einem der Studenten *ein Stipendium von 500 Rbl.* zu verleihen. Falls der Betreffende nach Beendigung der Academie zu weiterer Ausbildung bei derselben bleibt, soll er auch das Stipendium noch weiter beziehen können. Soweit ist dieses Factum ein sehr erfreuliches. Es sind jedoch noch einige Bedingungen dabei, die allerdings ein merkwürdiges Licht auf die Stifter werfen: Der Stipendiat soll nicht nur *«russischer Herkunft und orthodoxer Religion»* sein, sondern er muss auch einen *«russischen Familiennamen»* besitzen. (Wratsch № 2). Welche Beziehungen können wohl «Familiennamen» und «der Wunsch einem Studenten die Mittel zum Studium zu geben» zu einander haben?

— *Die psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg* macht bekannt, dass für die auf den Namen des verstorbenen Dr. A. **Filippow** gestiftete *Prämie von 575 Rbl.* folgende Preisaufgaben gestellt sind:

1. Neue Untersuchungen auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der allgemeinen progressiven Paralysis.
2. Untersuchungen über Anatomie und Physiologie des Nervensystems, bezüglich der sogen. functionellen Störungen des peripheren wie centralen Nervensystems.
3. Untersuchungen über physiologische und pathologische Chemie des Gehirns.
4. Populär-wissenschaftliche Darlegung psychiatrischer Fragen, zum Zweck der Verbreitung richtiger Anschauungen über Geisteskrankheiten, deren Ursachen, Entstehung, Folgen, Behandlung etc., um dadurch einen verständigen Umgang mit Geisteskranken zu bewirken.

Die Arbeiten sind nicht später als bis zum 1. October 1885 dem Präsidenten oder Secretär (*St. Petersburg, Wiborger Seite, Klinik für Geisteskrankheiten*) einzusenden.

(Westn. Psich. Mersh. Heft II,)

— *Ueber die vom Verein der Privatdocenten in St. Petersburg für Aerzte eingerichteten Curse* gehen dem «Wratsch» (№ 4) folgende Nachrichten zu: In dem verflossenen Jahre wurden Vorlesungen gehalten von den DDr. **Anrep** (Pharmakologie), W. **Afanassjew** (pathol. Anatomie), **Bogomolow** (physiologische Che-

mie), N. Wassiljew (Diagnostik der inneren Krankheiten), M. Lebedew (operative Geburtshülfe), A. Poehl (Chemie und Pharmakognosie neuer Arzneimittel), W. Popow (operative Chirurgie), J. Smolski (operative Geburtshülfe), N. Sokolow (Klinik innerer Krankheiten), W. Sutugin (Klinik der Frauenkrankheiten), Uskow (pathol. Anatomie) und N. Fenomenow (operative Geburtshülfe).

Die ausserdem noch beabsichtigten Vorlesungen sind nicht zu Stande gekommen.

Gleichzeitig theilt der «Wratsch» mit, dass die Mitglieder des Privatdocentenvereins Dr. Stroganow und Dr. Motschutkowski die Absicht haben in Odessa ärztliche Vorbildungscurse zu eröffnen.

— In der № der «Sdorowje» vom 8. Januar wurde das eigenthümliche Factum mitgetheilt, dass im hiesigen Alexander-Hospital die Kranken aus ökonomischen Rücksichten während der ersten 5 Tage ihres Hospitalaufenthalts nur «Hafersuppe» (овсянка) bekommen. In der № der «Sdorowje» vom 22. Januar finden wir eine Zuschrift des Oberarztes des Alexanderhospitals, Dr. Lopuschinski, in welchem er sagt, dass die Patienten nicht „Hafersuppe" sondern ein „Purée aus Perlgraupen mit Butter und Bouillon gekocht" erhielten und dass bei durchschnittlich täglich 17 Neuaufgenommenen die Zahl der „Purée-Portionen" nur 30 betrage. Zum Schluss macht er darauf aufmerksam, dass für jeden Patienten täglich nur 14 Kop. Verpflegungsgeld bestimmt sei.

Wir wollen nicht näher auf diese Angelegenheit eingehen, auch nicht untersuchen, ob die Anzahl der „Purée-Portionen" auch dann gering ist, wenn das bekannte Deficit gegen Ende des Jahres droht. Auf einen ernsten Uebelstand können wir aber nicht umhin hinzuweisen. Es herrscht in den hiesigen Stadthospitälern (also auch in dem genannten Hospital) die Einrichtung, dass jeder neu eintretende Patient am ersten Tage „Hafersuppe resp. Purée" erhält. Wenn nun der Abtheilungsarzt dem Pat. erst am Tage nach der Aufnahme eine nahrhaftere Kost verschreibt, so erhält Pat. sie erst am folgenden Tage, ergo bekommt Pat. jedenfalls 2 Tage lang eine Hafersuppenportion. Allerdings muss der Dejourarzt einen «Portionbogen» unterschreiben, falls er aber in demselben irgend etwas Anderes verordnet als „Hafersuppe", so macht die Oekonomie so viele Schwierigkeiten, dass man es nicht wieder zum zweiten Male versucht, oder Pat. bekommt doch, trotz anderer Verordnungen, seine „Hafersuppe". — Es ist eine dringende Nothwendigkeit, dass der Verpflegungsmodus in den Spitälern ein anderer würde, bisher sind jedoch alle Versuche an dem bekannten Verwaltungsdualismus gescheitert. Bis dahin müsste es den Hospitalärzten erleichtert werden, den schweren Patienten sofort etwas Anderes als «Hafersuppe oder Purée» verschreiben zu können.

— Einer uns zugegangenen Correspondenz entnehmen wir die folgende Schilderung des sanitären Zustandes Moskau's:

In Moskau kann man sich kaum entsinnen solche Schneemassen gesehen zu haben wie in diesem Jahre; in den Strassen kann man thatsächlich nicht fahren — den Pferden geht der Athem aus, von den Fussgängern schon gar nicht zu reden. In früheren Zeiten wurde der Schnee, wenn er sich stärker angehäuft hatte, aus der Stadt hinausgeführt, jetzt aber liegen an den Seiten, sogar der Hauptstrassen, gewaltige Berge zusammengescharrten Schnees, so dass man nicht ungehindert an das Trottoir oder die Anfahrten der Häuser hinanfahren kann. Die Strassen sind bei uns ohnedies schon eng, jetzt haben sie sich fast in Fusspfade verwandelt, auf denen der lockere, sandartige Schnee ¾ Arschin hoch liegt. Dabei ist zu bemerken, dass die oben erwähnten, an den Seiten der Strassen aufgethürmten Schneehaufen von den Vorübergehenden als Retiraden benutzt und namentlich zur Nachtzeit allgemein für Pissoirs angesehen werden. Wenn man dabei an kommendes Thauwetter denkt, so kann man sich vorstellen, in welcher Atmosphäre wir leben werden, während die Hauptstadt riskirt sich in einen Düngerhaufen zu verwandeln. Wie soll man das Auftreten von Epidemien nicht fürchten, nachdem wir selbst ihnen den Boden bereitet haben.

Solch' ein Zustand einer Stadt, welche den Namen einer Hauptstadt, und noch dazu der ersten, beansprucht, kann nicht ohne Einfluss bleiben auf den Gesundheitszustand der mittleren und unteren Bevölkerungsklassen; die letzteren spüren diesen Einfluss bereits, was natürlich wieder äusserst ungünstig auf die ökonomische Lage der Familien einwirken muss. In der That, um in Moskau über die Strasse zu gehen, muss man hohe Wasserstiefel anziehen, wenn man sich nicht die Galoschen (namentlich Nachts) bis zum Rande mit Schnee füllen und in Folge dessen sich erkälten will.

Der praktische Arzt stösst beständig, bald hier, bald dort auf Fälle von Infectionskrankheiten (Diphtherie, Typhus, Scharlach), und die Morbidität nimmt in diesen Krankheiten ersichtlich zu.

Moskau hat sich nie durch seine sanitären Zustände ausgezeichnet; ausser seiner geographisch ungünstigen Lage und der besonderen Bauart der Strassen nach orientalischem Typus sind auch die Gewohnheiten und Anschauungen eines grossen Theils der Einwohner von einer Art, die stark an den Orient erinnert. Der Schmutz in den Häusern, in den Höfen, die Art wie die mit Excrementen überfüllten Retiraden, Schmutzgruben und sogar die Souterrains gehalten werden, scheint bei vielen Einwohnern etwas so selbstverständliches zu sein, dass man glauben könnte, sie hielten die Unreinlichkeit für eine «berechtigte Eigenart», und könnten nur durch das Gericht oder die administrative Gewalt dazu gebracht werden sich zu waschen und zu reinigen. Die Miethswohnungen sind, abgesehen von ihrem unverhältnissmässig hohen Preise, grossentheils schmutzig, feucht, kalt, ohne jede Ventilation; die Eigenthümer kümmern sich um nichts und sehen in den Miethern nur Einnahmequellen.

Diese hygienischen oder vielmehr unhygienischen Zustände Moskau's sind nun freilich nicht erst kürzlich entstanden, sondern vielmehr so zu sagen ererbt. Um so mehr wäre es die Aufgabe der hauptstädtischen Medicinalverwaltung mit allen Kräften und mit aller Entschiedenheit auf eine Beseitigung dieser Uebelstände zu dringen. Ob sie dieser ihrer Pflicht nun nachkommen mag oder nicht, eine Wendung zum Besseren ist jedenfalls nicht zu bemerken; es bleibt Alles beim Alten. N—.

— *Der dreizehnte Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* findet vom 16.—19. April d. J. in Berlin statt.

Zur Begrüssung versammeln die Mitglieder sich am 15. April Abends von 8 Uhr ab im Hôtel du Nord (Unter den Linden 35).

Die wissenschaftlichen Sitzungen werden am 16. April, Mittags von 12½ — 4 Uhr, an den anderen Tagen von 2 — 4 Uhr in der Aula der Königlichen Universität, die für Demonstrationen von Präparaten und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10 bis 1 Uhr im Königl. Universitäts-Klinikum und in der Kgl. Charité abgehalten.

In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin, N., Ziegelstr. № 5—9) Aufnahme finden, Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden.

Eine Ausschuss-Sitzung zur Aufnahme neuer Mitglieder findet am 15. April, Abends 9 Uhr, im Hôtel du Nord statt.

Bis zum 3. Februar haben nur nachstehende Mitglieder Vorträge angekündigt:

1. Hr. Dr. Zesas (Zürich): a) Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse; b) Ueber die Behandlung der Paraplegie bei Spondylitis.
2. Hr. Dr. Cramer (Wiesbaden): Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste.
3. Hr. Dr. Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage.

Das gemeinschaftliche Mittagsmahl findet am 17. April um 5 Uhr Abends im Hôtel du Nord statt. Für die Theilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnung der Namen am 15. April Abends im Hôtel du Nord und am 16. April Mittags in der Sitzung ausliegen.

Den Congress betreffende Schreiben sind bis zum 15. März nach Wiesbaden, von da ab nach Berlin, W., Hôtel du Nord, an den d. Z. Vorsitzenden, B. v. Langenbeck zu richten.

— Der (III.) *Congress für innere Medicin* wird in diesem Jahre in *Berlin* und zwar vom 21.—24. April abgehalten werden unter dem Vorsitze des Wirklichen Geheimen Obermedicinalrathes Herrn Th. Frerichs.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage: «Ueber die genuine Pneumonie» (Aetiologie, Pathologie, Klinik, Therapie). Referent: Herr Jürgensen (Tübingen); Correferent: Herr Alb. Fränckel (Berlin).

Am zweiten Sitzungstage: «Ueber Poliomyelitis und Neuritis». Referent: Herr Leyden (Berlin); Correferent: Herr Schultze (Heidelberg).

Am dritten Sitzungstage: «Ueber nervöse Dyspepsie». Referent: Herr Leube (Erlangen); Correferent: Herr Ewald (Berlin).

Ausserdem sind folgende Vorträge angemeldet: Herr Hermann Weber (London): Ueber Schulhygiene in England, besonders mit Rücksicht auf ansteckende Krankheiten. — Herr Rosenthal (Erlangen): Ueber Reflexe. — Herr Goltz (Strassburg): Ueber die Localisationen der Functionen des Grosshirns. — Herr Pfeiffer (Weimar): Ueber Vaccination. — Herr Seegen (Carlsbad): Ueber Diabetes. – Herr Rossbach (Jena): Bericht über die Commission zur Behandlung der Infectionskrankheiten. — Derselbe: Ueber eine neue Heilwirkung des Naphtalin.

Das Geschäftscomité des Congresses für innere Medicin.
Gerhardt. Leyden. Liebermeister.
Märklin. Pfeiffer.

— Die «Lancet» veröffentlicht ein Verzeichniss der im Jahre 1883 verstorbenen englischen Aerzte. Von diesen erreichten 35 Aerzte ein Alter von 80 und mehr Jahren, und zwar wurden zwei 95 Jahre, zwei 94, zwei 92, einer 91, zwei 90, einer 89, drei 88, drei 87, fünf 86, zwei 85, drei 84, vier 83, einer 82 und vier 80 Jahre alt.

— Die *Zahl der Medicinstudirenden in Paris* betrug im vorigen Jahre 4207, darunter 40 Frauen.

— Die *Zahl der Aerzte im deutschen Reiche* ist in starker Zunahme begriffen. Während die Zahl der im Prüfungsjahre 1872/73 approbirten Aerzte des deutschen Reiches nur 569 betrug, ist sie im Prüfungsjahre 1882/83 bereits auf 692 gestiegen. Die *Zahl der approbirten Apotheker* dagegen hat seit 1878 stetig abgenommen: im Prüfungsjahre 1882/83 wurden nur 315 Apotheker gegen 371 im Jahre 1878 approbirt.

— Dr. Seifert (Würzburg) empfahl im vorigen Jahre (Berl. kl. Wochenschr. 1883, № 29) das Extractum Piscidiae *) auf Grund

*) Zur Familie der Leguminosen gehörig, ist in Westindien, besonders auf Jamaica heimisch.

seiner Versuche in der Gerhardt'schen Klinik als vortreffliches Hypnoticum (in Dosen von 0,25—0,5) bei verschiedenen Kranken, namentlich aber bei Phthisikern mit starken Hustenbeschwerden. Neuerdings hat nun Prof. Berger in Breslau (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1883, № 2) Versuche mit diesem Mittel angestellt und ein *völlig negatives* Resultat erreicht. Bei c. 80 Kranken blieben Dosen von 0,5—1 Gramm dieses Extracts und auch anderer Präparate der Radix Piscidiae *ohne jede hypnotische Wirkung*. Bf.

— Dr. Murdé theilt im «Journ. d'accouch.» (1883, 8) folgenden seltenen Fall von tiefer *Schlafsucht während des Coitus* mit: Frau N. zum ersten Male mit 22 Jahren entbunden. Seit dieser Zeit schläft sie nach Aussage des Gatten regelmässig beim Coitus ein. Am äusseren Muttermunde fand sich eine kleine Narbe, bei deren Berührung Patientin sofort in einen tiefen ruhigen Schlaf verfiel. Weder Anrufen noch Schütteln konnte sie erwecken. Druck auf die Ovarien bringt sie sofort zum Erwachen. Durch Excision der Narbe wurde Heilung erzielt.

(Med.-chir. Rundsch. — Oester. ärztl. Vereins-Ztg.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 5. bis 11. Febr. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
349	313	662	156	66	113	22	12	15	80	44	47	37	38	23	5	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 23, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 9, Diphtherie 23, Croup 3, Keuchhusten 10, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 25, acute Entzündung der Athmungsorgane 95, Lungenschwindsucht 112, andere Krankheiten der Brusthöhle 21, Gastro-intestinal-Krankheiten 106, andere Krankheiten der Bauchhöhle 24, angeboreneSchwäche und Atrophia infant. 39, Marasmus senilis 29, Cachexia 19.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 2, Mord 1.

— Andere Ursachen 14.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohner-zahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	20—26 Jan.	181 732	89	7	25,2	7,8	38,0
Kopenhagen. .	23—29 Jan.	258 000	114	13	22,2	11,4	37,2
Berlin . . .	27 Jan. - 2 Febr.	1 192 203	539	110	22,0	20,4	39,7
Wien . . .	27 Jan. - 2 Febr.	759 849	369	43	25,3	11,6	49,7
Brüssel . . .	20—26 Jan.	166 351	77	6	24,1	7,7	31,6
Paris	25—31 Jan.	2 239 928	1093	114	25,4	10,4	29,4
London .	27 Jan. - 2 Febr.	3 955 814	1595	227	20,7	14,2	34,0
St. Petersburg	3—9 Februar	928 016	714	115	40,0	16,1	33,9

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. Februar 1884.

Warme **Mineral-, Schlamm-** und **Soolbäder, Fichtennadel-, Eisen-** und **kalte Seebäder. Mineralwässer** (Trinkhalle). Geschützte Lage, milde, stärkende Seeluft. Cursaal, Promenaden, Jardin publique und Schlosspark.

Schlammbäder HAPSALS.

Saison:
von Mitte Mai bis Ende August.

Musik, Bälle, Bibliothek, Telegraph. Wohnungen zu jedem Preise. Hotels, Chambres garnies, Speisehäuser. Lebensmittel billig. Die Musiksteuer ist convertirt in Quartiersteuer.

Seit 64 Jahren hat sich der im Ueberfluss hier vorhandene Schlamm bewährt bei: Skropheln (Caries), Geschwüre, Exsudatreste, Rheuma, Gicht, Mercurialleiden, Syphilis, Catarrhe, Leber- und Milzanschwellungen, Sexualleiden, Bleichsucht, allen Schwächezuständen, Nervenleiden etc. Verboten ist er bei Schwindsucht, Blutungen und Geisteskrankheit. Communicationen: direct per Dampfer an die Hafenbrücke, auch über Baltischport und per Bahn über Kegel. Der Quartiere wegen schreibe man an die Aerzte Dr. Hunnius, Abels, Hoffmann, Haudelin, Linse oder an die **Badecommission in Hapsal.** 39 (6)

Verlag von **Ferdinand Enke in Stuttgart.**

Soeben ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

ARZT UND PATIENT.

Winke für Beide.

Motto: Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein.
Nothnagel.

gr. 8. geh. Preis M. 1. —

HANDBUCH
DER
GERICHTLICHEN MEDICIN

in Beziehung zu der
Gesetzgebung Deutschlands und des Auslandes.

Nebst einem Anhange, enthaltend die einschlägigen Gesetze und Verordnungen Deutschlands, Oesterreichs und Frankreichs
von **Dr. Hermann Kornfeld.**

Mit 50 in den Text gedruckten Holzschnitten. 8. geh. Preis M. 10. —

Taschenbuch
der
FELDÄRZTLICHEN IMPROVISATIONSTECHNIK

von
Dr. Julius Port, K. bayr. Oberstabsarzt.

Vom internationalen Comite des rothen Kreuzes mit dem ersten Preise gekrönte Preisschrift.

Mit 188 in den Text gedruckten Holzschnitten.

kl. 8. geh. Preis M. 5. —, eleg. in Leinwand geb. M. 6. —.

Zeitschrift
für
GEBURTSHÜLFE UND GYNÄKOLOGIE.

Unter Mitwirkung
der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie
herausgegeben von
Heinrich Fasbender, Adolph Gusserow, Louis Mayer und **Carl Schröder.**

X. Band. 1. Heft.
Mit 1 Holzschnitt und 5 lithogr. Tafeln.

gr. 8. geh. Preis M. 7. —. 35 (1)

OFENER
Victoria-Bitterwasser

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos......		41,73	18,44
Püllnaer..		32,72	12,12
Friedrichshaller.. ..		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen. — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands. 26 (8)

Medico-mechanisches INSTITUT.

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Passive und active Bewegungscuren.
Diätetische Muskelübungen.
Orthopädische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und andere Deformitäten.

Saison vom 1. September bis 1. Mai.
Empfang täglich 11 Uhr.
139 (7) Dr. W. Djakowsky.

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und Nestle's condensirte Milch.
Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3—6, Magazin 7.

Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und -**Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung. 18 (10)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 17 Февраля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 8. **St. Petersburg, 25. Februar (8. März)** **1884.**

Zur Lehre von den Adenomen der Leber. Tubulös-cavernöses Adenom.

Von

A. Pawlowski*).

(Aus dem pathologisch-anatomischen Laboratorium des Prof. N. Iwanowski.)

Die Frage von den Adenomen ist nicht nur vom klinischen, sondern auch vom histologischen Standpuncte aus äusserst interessant, sowohl bezüglich ihrer Stellung zu den epithelialen Geschwülsten der Leber, als auch zu den primären Carcinomen derselben, besonders in histogenetischer Hinsicht. Trotzdem haben die meisten Autoren, welche dieses Thema behandelt, diese Frage nur ganz beiläufig berührt und kommen einfach zum Schluss, dass die Histogenese, der Ursprung der Leberadenome unbekannt sei [1]). Da aber beim gegenwärtigen Stand der pathologischen Anatomie der wichtigste Punct immer die Frage nach dem Gewebe ist, welcher als Boden für die Entwicklung der Neubildung dient, man dieses aber nicht kennt, so ist die Frage wenig geklärt geblieben.

Die umfangreiche Literatur über Adenome — vorherrschend Casuistik — ist recht verwickelt, da man unter diesem Namen alle möglichen Tumoren beschrieben findet; eine kritische Sichtung dieses Materiales fehlt uns noch. Daher scheint es angebracht, wenn wir es unternehmen: 1) die einzelnen beschriebenen Fälle nach bestimmten gemeinschaftlichen Merkmalen zu gruppiren und 2) die Histogenese zu klären auf Grund der Angaben, die wir in der Literatur finden, wie auch auf eigene Beobachtungen hin.

Wenden wir uns nun zu unserer Aufgabe, so finden wir vor Allem, dass die Lehre von den Adenomen von Rokitansky begründet ist, welcher 2 Fälle von Leberadenom beschrieben. In dem einen Falle fand er in dem rechten Leberlappen eines 5 jährigen Kindes eine aus Knoten bestehende Neubildung, wobei man nachweisen konnte, dass die Knoten von dem Leberparenchym durch eine Bindegewebscapsel abgeschlossen und mit Zellen gefüllt waren, die den Leberzellen sehr ähnlich sahen. In dem anderen Falle fand R. bei einem Weibe eine Neubildung, die sich wesentlich dem Baue nach von der Leber unterschied [2]). Ferner macht Wagner [3]) 2 Mittheilungen. In dem ersten Falle beschreibt er ca. 10 kleine Knoten, die er im Lig. suspensorium hepatis bei einem 9 tägigen Kinde gefunden und die aus Zellen bestanden, welche an Leberzellen erinnerten. An den peripherischen Theilen der Knoten fand er Tubuli mit Cylinderepithel und erhaltenem Lumen, die sehr an intralobuläre Gallengänge erinnerten. Die Leber selbst war normal. Hier hatte man es offenbar mit einer angeborenen Entwickelungsanomalie zu thun. In der 2. Mittheilung erklärt W. schon mehr kategorisch, dass die Zellen in der Geschwulst, welche von einem 39 jährigen Manne stammte, durchaus nicht an Leberzellen erinnern; ferner fand er in denselben «kurze, breite cylindrische Röhren, die vollkommen von mässig grossen cylindrischen Zellen ausgefüllt waren». — 1864 beschrieben Griesinger und Rindfleisch [4]) einen Fall. Ersterer skizzirte das klinische Bild, Letzterer gab eine genaue pathologisch-anatomische und histologische Schilderung der Geschwulst, welche er Adenoid benannte. Dieses war eine Neubildung, welche aus grösseren und kleineren polygonalen und cylindrischen Zellen bestand, die zu sackförmigen Hohlräumen (Röhren) gruppirt, wiederum stellweise ganz mit den genannten Epithelzellen angefüllt waren. Stellweis fand man zwischen diesen Epithelmassen einen gelblichen Schleim. Kleine Knoten der Neubildung fand Rindfleisch auch neben den Gallengängen, innerhalb der Leberlobuli. Diese Neubildung dachte sich Rindfleisch «durch lobuläre Hyperplasie mit Metatypie des absondernden Leberparenchyms» entstanden. Lanceraux zählt diesen Fall zu den Epitheliomen, da Rindfleisch es offenbar mit

*) Auf Wunsch des Verf. aus dem «Wratsch» № 45 übersetzt und in der Wochenschrift veröffentlicht. (Red.)

[1]) Klebs, Handbuch der patholog. Anatomie, pag. 381. Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anatomie pag. 93 sagt; «Das bis jetzt zur Verfügung stehende Material ist noch nicht genügend, um sich mit völliger Bestimmtheit über die Art der Entwickelung der erwähnten Formen von Adenom auszusprechen».

[2]) Rokitansky, Allg. Wiener med. Zeitung 1859, pag. 98.

[3]) E. Wagner, Archiv f. Heilkunde 1861, pag. 471 u. 473.

[4]) Griesinger, Archiv f. Heilkunde 1864, pag. 385 u. 395.

einer epithelialen Neubildung zu thun hatte, deren Zellen sich von den Leberzellen unterschieden; sie waren kleiner wie letztere, viele waren cylindrisch, standen mit den Gallengängen in Verbindung etc. Wie Laboulbène[5]), so spricht sich auch Klebs[6]) dahin aus, dass diese Neubildungen von den Epithelien der Gallengänge herstammen. Es scheint uns jedoch nicht ganz passend, diese Neubildung den Epitheliomen zuzuzählen, wie es Labuolbène[7]) thut, denn Epitheliom ist eine zu allgemeine Benennung, die zu grossen Unbequemlichkeiten bei der Classification der Neubildungen führt. So muss man 4 Arten recht verschiedenartiger Geschwülste zu den Epitheliomen rechnen, nämlich: die eigentlichen Epitheliome, die Papillome, die Adenome und die Cysten[8]). Es erscheint uns richtiger, das Adenoid Rindfleisch's der Gruppe der tubulösen Adenome zuzuzählen. Ein Jahr nach der Arbeit von Griesinger und Rindfleisch erschienen wiederum 2 Arbeiten, die unsere Frage betreffen. Friedreich[9]) spricht von multipeln kleinen Knoten der Leber, die aus Leberzellen in verschiedenen Stadien der Theilung bestehen. Die Zellen waren theils grösser als Leberzellen (mit 2—4 Kammern), theils entsprachen sie Leberzellen mittlerer Grösse und enthielten Fetttröpfchen. Klob[10]) rechnet in seiner ebenso originellen wie excentrischen Arbeit die Friedreich'schen Knoten zu Tuberkeln, Klebs dagegen zu den knotigen Hyperplasien. Eigenthümlich sieht Klob auf die in der Literatur vorhandenen Fälle. So rechnet er ausser seinen 2 eigenen Fällen auch den ersten Fall Wagner's und die beiden Rokitansky'schen zu den congenitalen Bildungsanomalien und sieht sie als «accessorische Lebern» an. Den Griesinger'schen Fall hält er für «gelbe Leberatrophie». Die Neubildungen Klob's bestanden aus Leberzellen; die eine, nussgross, sass in der Leber, von dem Parenchym durch eine Bindegewebshülle getrennt, die andere fand K. nach links vom Lig. suspensorium, an dessen Anheftstelle sitzend. Die Klob'sche Arbeit wurde 1867 von Hoffmann[11]) scharf kritisirt. Die von demselben beschriebene Neubildung war nirgends vom Leberparenchym abgegrenzt. Die Venen der Leber und der Neubildung waren mit einander in Verbindung. Die Zellen der Geschwulst waren den Leberzellen ähnlich, vielkernig und in Theilung begriffen, näher zur Leber wurden sie kleiner und körnig. H. erklärt ihre Entstehung durch Auswachsen der Leberzellen. Die Idee des congenitalen Ursprunges erkennt H. an für die beiden Fälle Klob's und für je 1 Fall von Wagner und Rokitansky.

Ferner hat Eberth[12]) ein Leberadenom bei einem Hunde beschrieben, welches sich aus den Leberläppchen entwickelte, wobei die Leberzellen an Zahl und Grösse zugenommen hatten. Hier handelt es sich offenbar um locale Hyperplasie des Lebergewebes. Ferner hätten wir noch einer Mittheilung von Lanceraux[13]) Erwähnung zu thun, welcher 3 Leberknoten beschreibt. In dem einen Falle wuchs die Neubildung durch die Wandungen der Zweige der Vv. porta und hepaticae und füllte deren Lumina aus (histologisch von Prof. Robin nachgewiesen). Die benachbarten Lymphdrüsen waren von Elementen der Neubildung durchzogen. Hier hatte Lanceraux es offenbar mit einem Fall von primärem Leberkrebs zu thun.

Von weiteren Untersuchungen auf unserem Gebiet sind zu erwähnen: 1. Greenfield[14]), welcher in multiplen Leberknoten tubulöse Drüsen, und Metastasen in den Lungen gefunden. 2. Whipham[15]), welcher unrichtiger Weise seine Neubildung tubulöses Epitheliom nennt. 3. Thierfelder[16]), in dessen Falle die Zellengruppen an tubulöse und acinöse Drüsen erinnerten. 4. Delaunay[17]) welcher seine Neubildung épitheliome adénoide nennt. 5. Mohamed[18]). Ausserdem erwähnen wir noch 2 Fälle von Kelsch und Kiener[19]). In dem einen Falle nehmen sie knotenförmige Hyperplasie des Lebergewebes an, so zu sagen die Bildung einer Leber in der Leber, in dem anderen Falle handelt es sich um ein tubulöses Adenom (adénome vrai s. tubulé), entstanden durch Auswachsen der Leberzellen und der intralobulären Gallengänge. Ferner führt Birch-Hirschfeld[20]) einen Fall von tubulösem Adenom bei einer 40 jährigen Frau an. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man Proliferation des Epithels der interlobulären Gallengänge, die zu soliden Epithelmassen mit Ausbuchtungen umgewandelt waren. B. spricht sich für die Möglichkeit der Entstehung tubulöser Adenome aus dem Epithel der Gallengänge aus. Brigidi und Banti[21]) beschrieben eine Neubildung, welche, durch Vermehrung der intralobulären Gallengänge hineingewuchert, wo sie sich weiter entwickelte und Zellencylinder bildete. Zum Schluss führen wir noch die kürzlich erschienene Arbeit von Rossolimo[22]) an, der einen Fall von multiplen Adenomen der Leber mit gleichzeitiger Knotenbildung im Omentum minus in der Diaphragmapartie des Peritonäums beschreibt.

R. sieht seine Neubildung als nach dem Typus des Leberparenchym zusammengesetzt an. Was die Entstehung oder Art der Entwickelung betrifft, so konnte er, trotz genauer Untersuchungen zu keinem bestimmten Schluss kommen. Nach den histologischen Daten zu urtheilen, glaube ich, dass R. es mit einem tubulösen Krebs oder mit einem Adenom (?) zu thun hatte, welches jedoch nicht ohne Theilnahme des Epithels der Gallengänge sich entwickelte.

Der Fall, den wir zu untersuchen Gelegenheit hatten, ist sowohl in histologischer und klinischer, wie auch forensischer Beziehung interessant.

Ein 25jähriges Weib, welches plötzlich verstorben, wurde der Academie zur gerichtsärztlichen Obduction zugestellt. Die Leber war bedeutend vergrössert, fast der ganze rechte Lappen von einer Neubildung eingenommen, deren Farbe etwas dunkler, wie die der Leber. Die dilatirten Blutgefässe waren stark gefüllt und bildeten stellweis cavernöse Räume. Die Neubildung zeigte sich überall deutlich durch eine bindegewebige Hülle von dem übrigen Leberparenchym abgegrenzt. Im hinteren Theile des rechten Lappens, mitten im Gewebe der Neubildung befand sich eine kindskopfgrosse mit Blut gefüllte Höhle (die Grössenbestimmung machen wir nach dem gehärteten Präparat, frisch war die Höhle wahrscheinlich noch grösser). Die Wandungen derselben sind theils glatt, theils rauh und bestehen an der Innenfläche aus Zellen der Neubildung, umgeben von Bindegewebe. Die dünnste Stelle der Hülle hat an dem in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten Präparat 4—5 Mm. Im vorderen Theile des rechten Lappens findet sich näher zur Mittellinie ebenfalls eine cavernöse (?), wallnussgrosse

---

[5]) Gazette médicale de Paris 1868, pag. 646 et 736.

[6]) Handbuch der path. Anat., übersetzt ins Russische unter der Redaction des Prof. Rudnew, 1871, pag. 381 u. ff.

[7]) Neue Elemente der patholog. Anatomie, T. I, pag. 449. L. zählt die Fälle von Rokitansky, Griesinger, Rindfleisch, Friedreich, Klob, Eberth und Lanceraux zu den tubulös-cylindrischen Epitheliomen. «Die Existenz von Adenomen der Leberzellen muss noch bewiesen werden, ein Adenom der Gallengänge sehe ich als identisch mit einem Cylinderepitheliom an».

[8]) Cornil und Ranvier, Handbuch der patholog. Histologie, übersetzt unter der Redaction von Prof. N. P. Iwanowski, 1882, Th. 1, pag. 315.

[9]) Virch. Archiv Bd. 33, p. 48.

[10]) Wien med. Wochenschr. 1865.

[11]) Virchow's Arch. 1867, B. 39, pag. 193.

[12]) Virch. Arch. 1868, Bd. 43, pag. 1—8.

[13]) Gaz. méd. de Paris 1868, pag. 646 et 736.

[14]) Transactions of the pathol. soc. T. XIV.

[15]) Transact. of the pathol. soc. T. XXII, pag. 164.

[16]) cf. Birch-Hirschfeld, l. c. pag. 953.

[17]) Bullet. de la Soc. anat. de Paris, 1876, pag. 241.

[18]) Transact. of the pathol. soc. T. XXVIII.

[19]) Archives de phys. norm. et. pathol.

[20]) l. c. pag. 951.

[21]) Medic. Obosrenije 1881 pag. 741.

[22]) Jeshenedeln. klinitsch. gas. 1883, № 1.

Höhle, deren Querbalken zum Theil aus Neubildung bestehen. An verschiedenen Stellen des inneren Theiles des rechten Lappens verstreut liegen noch mehrere erbsen- bis kirschgrosse Knoten der Neubildung, die sich leicht aus ihrer bindegewebigen Kapsel herausschälen lassen.

Der *mikroskopische Befund*[23]) ist Folgender:

Das Gewebe der Neubildung besteht aus Tubulis und Cylindern, die dicht mit Epithelialzellen angefüllt, deren Grösse den Leberzellen nachsteht (s. Zeichnung). Die

Рис. 1.

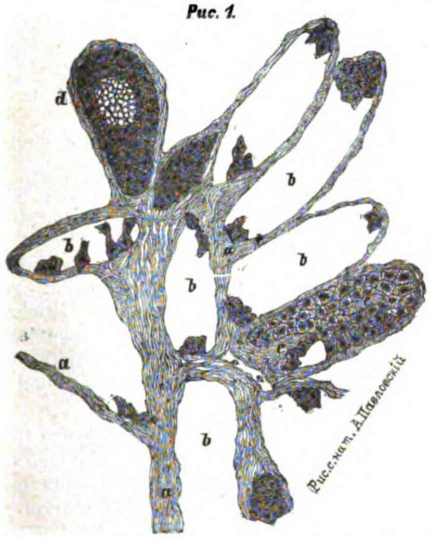


Рис. (Fig.) 1. Ausgepinseltes Präparat; *a.* Gerüst der Geschwulst; *b.* schräg durchschnittene Geschwulströhrchen mit stellweise nachgebliebenen Zellen; *c.* bindegewebige Scheidewand; *d.* Vene inmitten der um sie herumgewachsenen Epithelialmassen.

wandständigen Zellen sind cylindrisch und enthalten 1 bis 3 ziemlich grosse sich stark durch Haematoxylin färbende Kerne. Die Mitte der Höhlen ist mit ovalen, spindelförmigen, polygonalen u. unregelmässig geformten Zellen ausgefüllt. Die Höhlen sind meist von dünnen Hüllen alten Bindegewebes, welches keinerlei progressive Erscheinungen mehr bietet, umkleidet. Beim Wachsen haben einige Epithelialröhren einzelne Zweige des Bindegewebes von der übrigen Masse so zu sagen abgetrennt, die deutliche regressive Metamorphose zeigen. In verschiedenen Partien der Neubildung findet man mehrfach Epithelialhöhlen, die entweder rothe Blutkörperchen oder eine zarte reticulirte Masse — coagulirten Faserstoff — enthalten. Stellweise sind die Bluthöhlen von dem sie umgebenden Epithel durch deutlich unter dem Mikroskop sichtbar vascularisirte Wandungen getrennt, stellweise lassen sich diese Membranen aber nur bei starker Vergrösserung als dünne Streifen constatiren, auf denen man undeutliche Verdickungen sieht (Endothelien). Wiederum an anderen Stellen sind auch diese Streifen nicht mehr erkennbar. Zuweilen sieht man erweiterte bluthaltige Höhlen, die aus mehreren sich vereinigt habenden bestehen. An einzelnen Stellen sind die Geschwulstelemente in Folge von Blutaustritt zwischen ihnen durch einander geworfen. Hier und da findet man im Centrum der Epithelialröhrchen einen körnigen Inhalt, der sich in verdünntem Chloroform löst.

Das Leberparenchym bietet durchweg das Bild regressiver Metamorphose, die Zellen sind aufgequollen, ihre Grenzen verwischt, das Protoplasma mit feinkörnigem Detritus oder grossen Fetttropfen angefüllt. Die Kerne sind in vielen Zellen nicht mehr vorhanden. Einzelne Zellen sind so weit zerfallen, dass sie nur als kleine mit Fettkörnchen gefüllte Protoplasmaklümpchen erscheinen. Die

[23]) Die Präparate wurden aus der Müller'schen Flüssigkeit in 90° Spiritus gebracht, mit Haematoxylin gefärbt und stets Prof. N. Iwanowski demonstrirt.

interlobulären Gallengänge sind erweitert, mit Galle gefüllt als doppeltconturirte gradlinige Gänge sichtbar. An den zwischen den Epithelröhrchen gelegenen Blutgefässen findet man stellenweise das Epithel so stark gequollen, dass das Lumen völlig verschlossen. Dieser Umstand, welcher lange die Histogenese erschwerte, liess uns auf den Gedanken kommen, ob wir es nicht mit einem Endotheliom zu thun hätten. Die Wandung der grossen Bluthöhle ist mit verschiedenen dicken Schichten von Zellen der Neubildung ausgekleidet, hinter welchen die Bindegewebskapsel der Geschwulst folgt.

Was nun die *Histogenese* unserer Neubildung anbetrifft, so müssen wir sagen, dass die Geschwulst sich *aus dem Epithel der Gallengänge* entwickelt hat. Diese schwierige Frage löst sich auf Grund folgender Thatsachen: An der Peripherie der Geschwulstknoten und an verschiedenen an das Lebergewebe grenzenden Theilen der Neubildung sind querdurchschnittene Gallengänge verschiedener Grösse sichtbar, die theils mit unveränderten Cylinderepithelien theils mit in Proliferation begriffenen Zellen austapeziert sind. An letzteren sieht man Kerntheilung und Ausbuchtungen; nebenbei junge, ebengebildete Epithelzellenmassen.

Рис. 2.

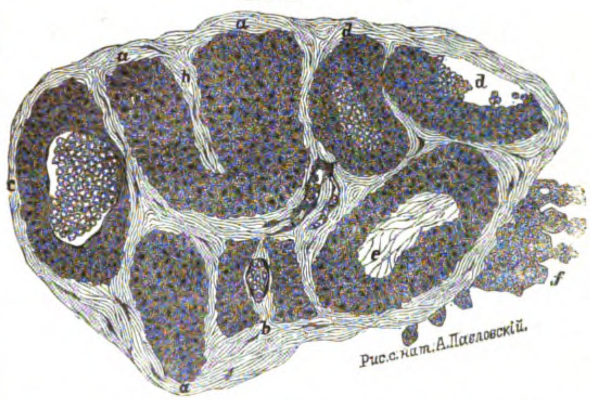


Рис. (Fig.) 2. *a.* Epithelialröhrchen der Geschwulst; *b.* Gallengänge, das Lumen mit Epithelien gefüllt, die Vene umwachsend; *c.* erweitertes Blutgefäss mit deutlich sichtbarem Endothel, umgeben von Epithelzellen der Geschwulst; *d.* Blutgefässe inmitten der Epithelmassen; *e.* Gallengang mit geronnenem Inhalt und wucherndem Epithel; *f.* Leberzellen in verschiedenen Stadien der Entartung; *h.* bindegewebige Scheidewände zwischen den Epithelialröhrchen der Geschwulst.

Diese füllen das Lumen der Gänge ganz aus. Nebenbei sieht man auch mehr ausgewachsene, breite Epithelcylinder, die ebenfalls mit den eben beschriebenen Zellenmassen angefüllt sind. Das Cylinderepithel bleibt an der Peripherie der meisten Röhrchen der Neubildung erhalten. In ihrer Mitte kommen jedoch zuweilen körnige gallehaltige Massen vor, wie man sie sonst in den Gallengängen findet. Im Bindegewebe junger Partien der Geschwulst sieht man hier und da: Hyperaemie der Gefässe und unbedeutende Beimischung spindelförmiger lymphoider Elemente. In älteren typischen Partien der Neubildung bemerkt man keinerlei progressive Erscheinungen am festen faserigen Bindegewebe. Das Epithel in der Geschwulst ist sehr empfindlich gegen Hämatoxylin, welches die Kerne scharf blau färbt, während das Lebergewebe fast ungefärbt bleibt.

Die Abgrenzung der Bluthöhlen vom Epithel durch eine deutliche, stellweise vascularisirte Wandung (cf. Fig. 2) weist darauf hin, dass die Gefässe vom Epithelium umwachsen sind. In dem Maasse als Letzteres wuchert, brachte es die Gefässwandungen zur Atrophie und bildete auf diese Weise Bluthöhlen mit weichen epithelialen Wandungen. Um diesen Zeitpunct trat auch ein günstiger Moment für die Erweiterung von Blutgefässen, die dabei entstehenden cavernösen Höhlen ein.

Die Existenz von Epithelialröhrchen mit Blutinhalt, ohne dass Gefässwandungen nachweisbar, ausgetretenes Blut, welches mit Zellen der Neubildung untermischt und die grosse Bluthöhle, deren Wandung aus Elementen der Neubildung und Bindegewebskapsel besteht, — Alles dieses erklärt uns auch die Todesursache, welche wir entschieden in einem Lebertrauma zu suchen haben, das zu einer kolossalen Blutung in der Tiefe des Gewebes der Neubildung geführt hat, ohne dass eine äussere Ruptur des Leber- und Tumorgewebes eingetreten.

Рис. 3.

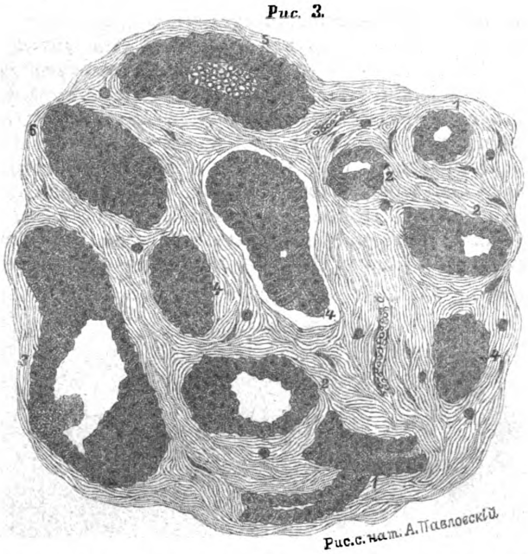


Рис. (*Fig.*) *3.* Histogenese der Geschwulst; *1.* normaler Gallengang; *2.* Gallengänge, halbgefüllt durch wucherndes Epithel; *3.* grosser Gallengang mit wucherndem Epithel und galligem Inhalt; *4.* schräg durchschnittene Epithelialröhrchen der Geschwulst; *5.* Vene im Centrum des Epithelialröhrchens; *6.* Epithelialröhrchen mit körnigem galligem Inhalt im Centrum.

Aus dem soeben Dargelegten sieht man, welche wichtige forensische und histologische Bedeutung unserem Falle zukommt. In der Literatur über Leberadenome haben wir keinen einzigen Fall mit einem ähnlichen histologischen Bilde gefunden. Beschreibungen, welche die Histogenese klar legen, haben wir ebenfalls nicht gefunden, ausgenommen den Birch-Hirschfeld'schen Fall, den er jedoch nur ganz beiläufig in 5 Zeilen beschreibt.

Suchen wir nun aus dem Mitgetheilten einige Schlüsse zu ziehen, so sehen wir, dass man auf Grund der vorhandenen Literatur 2 Formen von Leberadenomen unterscheiden kann. 1) Eigentliche *Adenome oder Hepato-Adenome.* Hierher gehören der 2. Rokitansky'sche Fall, sowie die von Hoffmann, Friedreich, Lancéreaux, Klob, Wagner und Eberth, der erste Fall von Kelch und Kiener.

2) *Adenoma tubulosum cylindrocellulare,* zu welchen der Fall von Rokitansky, sowie diejenigen von Griesinger-Rindfleisch, Wagner (2. Fall), Kelch und Kiener (2. Fall), Birch-Hirschfeld, Greenfield, Brigidi und Banti, Rossolimo und der Unsrige gehören.

Analysiren wir die Fälle der ersten Gruppe, so sehen wir, dass der eine Rokitansky'sche (5jähriger Knabe) und der Wagner'sche Fall bereits von Klob und Hoffmann zu den angeborenen Entwickelungsanomalien gezählt worden. Auch die beiden Klob'schen Fälle gehören hierher. Lancéreaux hatte es offenbar mit einem primären Leberkrebs zu thun, beim Eberth'schen Hunde dagegen handelte es sich um Hyperplasie des Lebergewebes. Dementsprechend kann man wiederum 2 Unterabtheilungen bei den Hepatoadenomen unterscheiden, nämlich angeborene Entwickelungsanomalien und Hyperplasieen des Lebergewebes.

Die 2. Form — die tubulösen Adenome — steht schon auf etwas sicherer Basis, obgleich bezüglich ihrer Entwickelung nach die Ansichten sehr getheilt sind.

Da die bestehenden Arten der Eintheilung, wie sie von Hoffmann, Klebs, Birch-Hirschfeld vorgeschlagen, unserer Ansicht nach nicht zweckentsprechend sind, so möchten wir folgende Gruppirung der unter den Namen: Hepato-Adenom, Adenoid, tubulöses Adenom, adenoides Epitheliom bekannten Neubildungen vorschlagen:

1. *Gruppe* — Hyperplasie des Lebergewebes (durchaus von den Adenomen der Leber zu unterscheiden).

2. *Gruppe* — angeborene Entwickelungsanomalien — accessorische Lebern.

3. *Gruppe* — eigentliche Adenome. Dieses sind Neubildungen nach dem Typus der tubulösen Drüsen, welche häufig durch Proliferation der Epithelien der Gallengänge entstehen (Birch-Hirschfeld's und unser Fall). Ob dieses der einzige Weg ihrer Entstehung oder ob das Lebergewebe selbst dabei eine Rolle spielt, müssen erst weitere Untersuchungen bestimmen. In jedem Fall nehmen die tubulösen Adenome an und für sich eine Mittelstellung zwischen Hyperplasien und Krebsen ein, können jedoch in letztere übergehen. Die Hyperplasie der Epithelien der Gallengänge kann in dem einen Falle ein Adenom geben, im anderen ein Epitheliom.

Zum Schluss müssen wir noch ein Paar Worte über das klinische Bild unserer Neubildungen hinzufügen. Nach Griesinger[24]) bleibt der Allgemeinzustand bei derartigen Patienten lange unverändert. Bei stärkerer Ausbreitung der Geschwulst treten Hydrops und Marasmus ein. Von Krebs lassen sich die Adenome dadurch unterscheiden, dass ihr Verlauf ein viel langsamerer und das Allgemeinbefinden länger gut bleibt. Vom Echinokokkus unterscheidet man sie durch die Punction.

Referate.

Ignatjew: Ein Fall von syphilitischen Geschwüren im Dünndarm eines Brustkindes. (Med. Obosr. IX. 1883.)

Ein 7tägiges nicht ausgetragenes Kind wird am 13. August ins Lazareth des Moskauer Findelhauses aufgenommen. Bis zum 18. Tage nimmt das Körpergewicht ab, es treten kleine Schlundgeschwüre, Exanthem besonders an den Armen auf, am 25. Tage erscheint charakteristischer Pemphigus, am 29. unter Schwächezunahme Tod. Bei der *Section* findet man leichte Hyperämie der Dura und Oedem der Pia mater, einen chronischen derben Milztumor. Die Därme zeigten an vielen Stellen unregelmässig gelegene Einschnürungen bei gesundem Bauchfell, in denselben eine Menge Geschwüre, welche im Ileum $\frac{1}{2}$ — 2 Werschok von einander abstanden, mit scharfgeschnittenen flachen Rändern und gelbem speckigem Grunde. Die Geschwüre sind lang und schmal, im Maximum $^{1}/_{3}$ Ctm. breit, stehen quer auf der Längsachse des Darms und nehmen mit wenigen Ausnahmen den ganzen Umfang des Rohrs ein, manche Geschwüre sind schon vernarbt, andere im Entstehen begriffen, an 2 Stellen sah man strahlenförmige Narben, die Schleimhaut grau, auf der Höhe der Falten dunkler gefärbt, unzweifelhaft Reste früherer Blutextravasate; die blassen Peyer'schen Drüsen sind normal. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Vergrösserung der Zotten, ihre Basen geschwellt, an den geschwürigen Stellen vollkommene Vernichtung aller Schleimhautelemente. Die Submucosa verdichtet, auf Querschnitten werden vielfach mit Granulationen gefüllte Blutgefässe gesehen, deren Umgebung infiltrirt ist, Verdichtung der Gefässwand und des stellweise das Lumen verengernden Endothels, ausser den Infiltraten verschieden grosse Hämorrhagien.

Aus der vollständig angeführten Literatur zieht Verf. folgende Schlüsse:

Die syphilitischen Veränderungen am Darmcanal, besonders an den Dünndärmen, können als specifische Localisation der Infection aufgefasst werden, was durch die Anwesenheit der Darmgeschwüre bei Todtgeborenen mit andern Zeichen visceraler Syphilis bestätigt wird.

Die Geschwüre localisiren sich besonders im Dünndarm und stehen am meisten senkrecht zur Längsachse des Darms, wobei sie entweder die ganze Peripherie oder nur einen Theil derselben umfassen.

[24]) Archiv f. Heilkunde 1864, pag. 385.

Meist sind die beschränkten Infiltrate in der Submucosa anzutreffen.

Die syphilitischen Veränderungen im Darm sind gewöhnlich mit Localisationen auf der Haut, in den Knochen und in den innern Organen vergesellschaftet.

Literatur:

Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. 1882.
Förster, Beiträge zur Pathologie der hereditären Syphilis. Schmidt's Jahrb. 169 p. 145, 181 № 2.
Arch. f. Dermatolog. 1871 S. 445.
« « 1873 S. 245.
« « 1874 S. 32, 34.
« « 1883 S. 209.

Hz.

Prof. Zaufal: Ueber die Anwendung der Burowschen Lösung bei Krankheiten des Gehörorgans. (Wiener medic. Presse, № 44. Verh. ärztl. Gesellsch. u. Vereine.)

Prof. Zaufal machte im Vereine deutscher Aerte in Prag Mittheilungen über Anwendung der Burow'schen Lösung (Alumen 1, Plumb. acet. 5, Aqua 100 als Schüttelmixtur), die Ref. von eminent praktischem Werth, besonders in der Kinderpraxis, zu sein scheinen.

Anfangs von der Behandlung chirurgischer Fälle des Ohrs mittelst obenerwähnter Lösung ausgehend, dehnte er seine Versuche auf die Otit. ext. diffusa und furunculosa und auf die Otit. med. im Anfangsstadium, schliesslich auf die chronisch-katarrhalischen Entzündungsformen aus, bei welch' letztern die Versuche jedoch noch nicht abgeschlossen sind.

Bei der Otit. ext. diffusa et furunculosa, wo sich die Lösung a priori als ein gutes Desinficiens und Adstringens empfehle, bewirkte sie Sistiren der Weiterentwickelung und Resorption des Furunkels, sogar im Entzündungsstadium unter Verminderung, ja vollständigem Aufhören des Schmerzes.

Bei den äusserst schmerzhaften Ohrenkrankheiten, dem Anfangsstadium der Otit. media acuta und bei den katarrhalischen Entzündungsformen der Kinder war die Lösung von vorzüglichem Erfolge. Sie bewirkte im ersten Falle unter Nachlass der Schmerzen in 1—2 Stunden häufig eine vollständige Heilung in 8—14 Tagen, selbst bei heftigen Entzündungen. Bei den katarrh. Entzündungen der Kinder erwies sie sich als schmerzstillend, die Intensität des Processes herabsetzend und die Resorption befördernd, so dass äusserst selten die Paracentese in Anwendung gebracht werden musste.

Die Anwendungsweise ist folgende: Es werden in die heisse (auch kühle zuweilen) geschüttelte Lösung getauchte und ausgedrückte Wattebäusche von 1½—2 Ctm. Länge in den Meat. audit. ext., so weit es geht, eingeführt, die Concha mit solchen ausgefüllt, vor den Tragus, hinter die Ohrmuschel, auf den Proc. mastoid. und in die Infraauriculargegend (wegen der Adenitis) solche gelegt, darüber erst ein impermeabler Stoff und weiterhin wieder Watte gedeckt und dann das Ganze mittelst Binden fixirt. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen. N.

Prof. J. Bizzozero u. Dr. A. Torre: Ueber die Entstehung der rothen Blutkörperchen bei den verschiedenen Wirbelthierklassen. (Virchow's Arch. Bd. 95. S. 1)

Prof. J. Bizzozero: Ueber die Bildung der rothen Blutkörperchen. (Ebendas. S. 26).

Nach B. und T. findet bei allen erwachsenen Wirbelthieren eine fortwährende Nachbildung rother Blutkörperchen durch indirecte Theilung vorhandener jugendlicher Formen statt. — Bei allen erwachsenen Wirbelthieren seien ferner specielle Organe vorhanden, welche als Herde zu betrachten sind, in welchen die Bildung neuer rother Blutkörperchen vorzugsweise von Statten geht. Als solche Organe fungiren: Bei den Säugern, Vögeln, Reptilien und schwanzlosen Amphibien das *Knochenmark*; bei den geschwänzten Amphibien die *Milz*; bei den Fischen ausser der *Milz* auch noch jenes *lymphoide Parenchym*, welches bei ihnen einen Theil der Niere einnimmt.

Bei den niedern Wirbelthieren (Reptilien, Amphibien und Fischen) zeige das circulirende Blut diejenige Eigenthümlichkeit, die es im embryonalen Zustande bei allen Wirbelthieren aufweist. Junge und in indirecter Theilung begriffene rothe Blutkörperchen. Beide Formen finden sich aber im circulirenden Blute in geringerer Menge als in den Organen, welche bei den betreffenden Thierordnungen als Bildungsstätte der rothen Blutkörperchen dienen. Dieser Nachklang sozusagen des Embryonalzustandes des Blutes wird deutlicher bei Thieren, welche wiederholten Blutentziehungen unterworfen wurden, wird dagegen undeutlicher und schwindet gänzlich unter denjenigen Bedingungen, welche eine Abnahme der allgemeinen Thätigkeit des Organismus mit sich bringen. (Nahrungsentziehung, Gefangenschaft).

In dem 2. Artikel bekämpft Bizzozero zunächst die Annahme, dass die farblosen Blutkörperchen in rothe umgewandelt werden. Dann wendet er sich auch gegen die Hämatoblastentheorie von Hayem und gegen die Ansichten über die Bildung rother Blutkörperchen von Rindfleisch u. Malassez. Alles das falle in das Gebiet der Hypothese. Ganz anders verhalte es sich mit der Frage über die Vermehrung der rothen Blutkörperchen beim erwachsenen Thiere auf dem Wege der Zellentheilung. Er behauptet die Theilung der rothen Blutkörperchen beim Erwachsenen auf dem Wege der Cariokynesis und sieht hierin die Quelle der Neubildung. Einer der wichtigsten Stadien des Theilungsprocesses könne direct unter dem Mikroskope an den lebenden Elementen beobachtet werden. Aus der indirecten Theilung gehen Formen hervor, die B. mit dem Namen der jungen rothen Blutkörperchen belegt. Von den ersten Phasen des Embryonallebens an gebe es keine Lebensperiode, wo die Cariokynesis der rothen Blutkörperchen fehle. Je nach dem grössern oder geringern Bedarf des Organismus nach rothen Blutkörperchen zeige sich ein constanter Wechsel der cariokynetischen Elemente. Bei den Säugethieren erscheinen im Embryonalleben als Herde der Cariokynesis der rothen Blutkörperchen: das circulirende Blut, die Leber, und die Milz und endlich das Knochenmark. An letztgenanntes Organ bleibe alsdann der Vorgang fürs ganze Leben gebunden. — Beim Frosch localisire sich die Cariokynese nur im Knochenmark. Beim Hühnerembryo geht dieselbe erst im Blute vor sich, dann in der Milz und zuletzt im Knochenmark, wo sie das ganze Leben hindurch fortdauere, also ähnlich wie bei Säugethieren, bei denen noch die Leber in Betracht kommt, deren Betheiligung B. bei Hühnerembryonen inconstant fand. β.

Forbes: Neue Verwendung der Tenotomie. (Berl. klin. Wochenschr. 1883. № 4).

F. durchtrennt, um die Beweglichkeit des 4. Fingers zu erhöhen, die Verbindungsstränge, welche die betreffende Sehne des Extensor digitorum communis mit den Sehnen des 3. und 4. Fingers verbinden. Die Operation ist fast schmerzlos, die nachbleibende Narbe kaum bemerkbar und konnte der operirte 4. Finger auf 1¹/₄″ gehoben werden, vor der Operation aber nur auf ¹/₄″.

(Medic. chirurg. Rundschau № 11. 1883.)

A. Krassowski: Ueber Scorbut bei den in Batum stehenden Truppen. (Med. Sbornik der Kaukas. med. Gesellschaft. № 37. Lief. 1. 1883.)

Der Scorbut bei den genannten Truppen wird ausschliesslich im Frühling beobachtet und soll nach K. die Ursache in den ungünstigen meteorologischen Verhältnissen des Frühlings in Batum liegen. Die Form ist meist eine leichte. Prädisponirende Momente waren mangelhafte Nahrung der Soldaten, wiederholte Intermittenserkrankungen und Verdauungsstörungen überhaupt. P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Struempell: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. I. In's Russische übersetzt von Dr. Scherwinski. Verlag von Kostilew und Saweljew in Mockau.

Der Zweck des vorliegenden Werkes ist, wie es der Autor in dem Vorwort zur russischen Ausgabe auseinandersetzt, ein doppelter. Erstens soll dem Anfänger ein möglichst kurzes Handbuch geboten werden, welches ihn mit den bis auf die neueste Zeit gefundenen wohlconstatirten Thatsachen und die daraus resultirenden Hypothesen der internen Medicin bekannt macht, zweitens will es dem älteren praktischen Arzte, der nicht immer in der Lage ist, die Wissenschaft in allen ihren Zweigen stetig zu verfolgen, die Gelegenheit bieten, sich mit den modernen Anschauungen auch auf dem Gebiete der Therapie vertraut zu machen. Wir constatiren mit Vergnügen, dass der Verf. bemüht ist dies Ziel möglichst zu erreichen. Der I. Band ist knapp gehalten ohne trocken zu sein und beschäftigt sich mit den acuten Infectionskrankheiten, den Krankheiten der Respirations-, der Circulations- und der Verdauungsorgane.

In demselben finden wir bereits die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der jetzt auf der Tagesordnung stehenden parasitären Pilzkrankheiten in Berüchsichtigung gezogen, so z. B. den Israel'schen Actinomyces, die Fehleisen'schen Erysipelasbacterien u. s. w.

Auch das Capitel der Larynxkrankheiten, welches sonst in derartigen Compendien nur kurz abzukommen pflegt, hat eine eingehendere Behandlung gefunden, wie gewöhnlich. Die Uebersetzung selbst ist sorgfältig angefertigt. Ebenso muss die Ausstattung eine gute genannt werden. —s.

Prof. Albert Eulenburg: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Bd. XIV und XV. Urban & Schwarzenberg, 1883.

Mit diesen beiden Bänden ist das grossartige Werk abgeschlossen. Wir erwähnen aus denselben folgende Artikel: Tropenklima, Trophoneurosen, Uterus, Variola, Zange. Aus den Anhängen und Nachträgen seien hervorgehoben: Arzneiausschläge, Becken, Beleuchtung, Desinfectionsverfahren, Inhalationstherapie, Vagusneurosen. Auf diese kurzen Angaben können wir uns beschränken; ausführlichere Referate zu bringen, ist unmöglich, und der Werth und die Bedeutung des Werkes sind in dieser Wochenschrift schon oftmals hervorgehoben worden. Der Schlussband (XV) enthält auch das Register, das 300 Seiten in Anspruch nimmt und im Gegensatz zu der sonst üblichen Praxis mit grossen Lettern gedruckt ist, die dem Auge sehr wohl thun. S—t.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Grundriss der Chirurgie von Hueter. II. Aufl. von H. Lossen. I Bd. Allgemeiner Theil. Mit 176 Abbild. — F. Vogel, Leipzig, 1884.

— Mittheilungen aus der ophthalmiatr. Klinik in Tübingen von Nagel. I. — H. Laupp. Tübingen 1882.

— Wie sind Epileptiker zu behandeln? von Kühner. — Heuser, Leipzig und Neuwied, 1884.

— Die Kronenquelle zu Ober-Salzbrunn von Valentiner. — Kreidel, Wiesbaden. 1884.

— Künstliche Unfruchtbarkeit von Otto. — Heuser, Leipzig und Neuwied, 1884.

— Impfen heisst irren von Hensel. — Zürich, 1884.

— Pathol.-anat. Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie von Pospelow. Mit 1 Tafel. (Sep.-Abd. aus der «Vierteljahrsschrift f. Dermatol. und Syphil. 1883)».

— Ueber die Ligatur der Carotis von Friedländer. Inaug.-Dissert. — Dorpat. 1884.

— Die Anämie von Laache. — Christiania, 1883.

— Material zur Lehre vom Stoffwechsel in d. ersten Tagen d. Wochenbetts von Grammatikati. Inaug.-Dissert. — St. Petersburg, 1883.

— Sarcoma keloidoforme von Jakobson. (Sep.-Abd. aus d. «Militär-medicin. Journal», Oct. 1883) russ.

— Kriegs-chirurgische Beobachtungen an der kaukasisch-türkischen Grenze während des Krieges von 1877—78 von Jakobson. I. Lief. — Petersb. 1884. (russ.)

— Zur Aetiologie der sibirischen Pest von Wyssokowitsch. — Charkow, 1883. (russ.)

— Ueber die Bacterien der sibirischen Pest und einiger Septicämien von Wyssokowitsch. — Mit einer lithograph. Tafel. (Sep.-Abd. aus den «Arbeiten der med. Sect. der Gesell. der Experimental-Wissenschaften an der Universität Charkow)». — Charkow. 1883. (russ.)

— Zur Lehre von der Aetiologie der Neubildungen von Lwow. — Kasan, 1884. (russ.)

— Fractures of the neck of the femur by Senn. (Sep.-Abd. aus dem «Transactions of the American surgical association.» Vol. I. 83). — Philadelphia, 1883.

— Estudios clinicos de neuropathologia por Armangué y Tuset. — Barcelona, 1884.

— Index medicus Vol. IV. — Washington 1883.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 27. October 1882.

Dr. Holst verliest seinen Vortrag «*Ueber die Methoden der allgemeinen Elektrisation*».

Vortragender bespricht Eingangs die zuerst von Beard und Rockwell empfohlene allgemeine Faradisation und äussert sich sehr günstig über deren Resultate bei Hysterie, Neurasthenie etc. Die allgemeine Galvanisation verwirft Dr. Holst. Das faradische Bad zieht Vortragender in der Weise in Anwendung, dass der Patient in einer mit schwacher Kochsalzlösung gefüllten Metallwanne auf einer isolirenden Gummischicht sitzt; die Metallwanne, resp. das Badewasser, bilden eine Elektrode; eine griffförmige, die Patient in der Hand hält, die andere. Nachdem Vortragender sich entschieden gegen die galvanischen Bäder ausgesprochen berührt er zum Schluss die Behandlung mit statischer Elektricität, die sogenannte Franklinisation — über welche Methode er vorläufig noch keine genügende eigene Erfahrung habe.

Dr. Mercklin berichtet, dass in Rothenburg die allgemeine Faradisation vielfach in der Behandlung verschiedener Psychosen versucht worden sei; besonders bei Melancholie mit hysterischer Grundlage zeige sich der günstige Einfluss, während hypochondrische Zustände mit perversen Sensationen in der Haut nicht gebessert würden — ein weiterer Beweis dafür, dass die allgemeine Faradisation nicht durch Localwirkung zur Geltung gelange. Auch das elektrische Bad wurde angewendet, und zwar in der von Pierson angegebenen Weise: Patient sitzt in einer Holzwanne, die mit warmem Salzwasser gefüllt ist; der eine Pol wird in's Badewasser geleitet, der andere in eine mit Salzwasser gefüllte Schüssel, in welcher Patient eine Hand hält.

Dr. Krannhals hat mehrmals bei weiblichen Patienten nur den Rücken mit dem beweglichen Pol bestreichen können, und dabei gute Wirkung gesehen. Besserung hat er bei einer neurasthenischen Dame gesehen, der er den Rücken mit dem Pole eines galvanischen Stromes bestrich, in Bezug auf welche Fälle Dr. Holst auf die psychische Wirkung der Cur und auf die Wirkung der Friction der Haut hinweist.

Dr. Wolferz hat auch allgemeine Faradisation in Anwendung gebracht und gute Resultate erzielt; auch will er den günstigen Einfluss der Anwendung labiler galvanischer Ströme beobachtet haben.

Vermischtes.

— In unserer Notiz (cf. № 4) über die «Deutsche Medicinal-Zeitung» hatten wir u. A. erwähnt, dass «*soviel uns bekannt*» die D. M. Z. das erste deutsche Fachblatt sei, welches 2 Mal wöchentlich №№ erscheinen lasse. Uns geht nun ein Schreiben seitens der «allgemeinen med. Centralzeitung» zu, in welchem wir darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieselbe bereits seit 53 Jahren 2 Mal wöchentlich erscheine. Dieses zur Ergänzung unserer obenerwähnten Notiz. P.

— Zum Director des im Herbst a. c. auf Wassili-Ostrow zu eröffnenden *Alexander-Hospitals für Männer* ist Dr. E. Moritz erwählt worden. Da das neue Hospital mit nur 24 Betten beginnt, kann Dr. Moritz die Leitung desselben mit seiner Stellung als Oberarzt des weibl. Obuchow-Hospitals vereinigen.

— Die Redaction des „Календарь для врачей" hat Dr. N. Krusenstern, an Stelle des verstorbenen Dr. Toropow übernommen.

— Prof. Dobraslawin hat, wie er in den Tagesblättern mittheilt, am 15. Februar c. die Redaction der populären hygienischen Zeitschrift «Sdorowje» niedergelegt.

— Dr. W. Nikitin ist von der militär-med. Academie zum Privatdocenten für Laryngologie erwählt. (Wr. № 6).

— Wie verlautet, ist das Ministerium des Innern beim Reichsrathe mit einer Vorstellung um Erhöhung der Gagen der Stadtärzte im ganzen Reiche eingekommen. Motivirt ist diese Vorstellung durch die Thatsache, dass die Stadtarztstellen wegen der äusserst dürftigen Gagirung schwer zu besetzen sind und der Mangel an Stadtärzten nachtheilig auf die Sanitätsverhältnisse der Städte wirkt. Falls dieses Project im Reichsrathe, wie zu erwarten ist, durchgeht, so sollen bereits in der zweiten Hälfte dieses Jahres ca. 50,000 Rbl. zur Verbesserung der Gagen der Stadtärzte im ganzen Reiche zur Verwendung kommen.

— Der Privatdocent Dr. Weber-Liel in Berlin ist zum Professor der Ohrenheilkunde an der Universität Jena ernannt worden.

— Zur Besetzung der erledigten Primararztstelle der 2. Abtheilung der Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause in Wien ist ein Concurs ausgeschrieben. Nach der einmüthigen Ansicht der Wiener Fachblätter hat Prof. Auspitz die grösste Anwartschaft auf diesen Posten.

— Der berühmte Ophthalmolog Prof. Hasner in Prag hat jetzt definitiv seinen Abschied genommen, da seine Klinik auf die Hälfte reducirt worden ist, um der neuen tschechischen Universität eine Augenklinik zu beschaffen. An seiner Stelle ist der Docent Dr. Schenkl vorläufig mit der Leitung der Augenklinik betraut worden.

— Das 100 jährige Jubiläum des allgemeinen Krankenhauses in Wien wird im Sommer dieses Jahres festlich begangen werden.

— Da trotz des Verbotes seitens des Gesetzes verschiedene Zeitungen fortwährend die empörendsten Reclameanzeigen über alle möglichen Arzeneimittel bringen, ist in diesen Tagen *von der Pressverwaltung ein Circulär erlassen*, welches daran erinnert, dass keinerlei medicinische Annoncen ohne Erlaubniss der Medicinalbehörde gedruckt werden dürfen. (Wr. № 6).

— In Spanien ist die erste und einzige Doctorin der Medicin, Frau Martina Martello de Constanti gestorben.

— Die Chininpreise sind in letzter Zeit stark gefallen.

— Der greise Anatom Hyrtl, welcher sich noch vollkommener Geistesfrische erfreut, hat in diesem Jahre sein Lehrbuch der Anatomie, mit zahlreichen Zusätzen bereichert, in der 17. Auflage (im Verlage von Wilh. Braumüller) herausgegeben.

— Die «Breslauer ärztliche Zeitschrift» bringt Daten über die Frequenz der Universitäten Deutschlands, welchen wir zunächst entnehmen, dass die Zahl der Studirenden, mit Ausnahme von Leipzig, Rostock und Tübingen an keiner Universität abgenommen hat. Die Zahl der Studirenden betrug im Sommersemester 1883 in

Berlin	4062	— Zunahme gegen 1882 —	4,1 %
Bonn	1165	« «	9,8 «
Breslau	1559	« «	1,8 «
Göttingen	1104	« «	1,9 «
Greifswald	741	« «	12,4 «
Halle	1414	« «	2,7 «
Kiel	441	« «	15,8 «
Königsberg	929	« «	7,6 «
Marburg	848	« «	10,7 «
Münster	328	« «	0,6 «
Erlangen	641	« «	11,5 «
Freiburg	823	« «	14,1 «
Giessen	464	« «	6,7 «
Heidelberg	1019	« «	10,5 «
Jena	631	« «	10,7 «
München	2295	« «	13,8 «
Strassburg	834	« «	1,3 «
Würzburg	1085	« «	0,8 «
Leipzig	3097	— Abnahme gegen 1882 —	0,4 «
Rostock	231	« «	2,1 «
Tübingen	1373	« «	1,9 «

Von diesen 25,084 Studirenden studirten im letzten Sommersemester: Medicin 6172, Philosophie 9117, Jurisprudenz 5426, Evangelische Theologie 3558, Katholische Theologie 811.

— Dr. Domingo Freire zu Lima, dem Entdecker des Cryptococcus xanthogenicus, des Trägers u. Verbreiters des *gelben Fiebers*, ist es gelungen, in dem schwarzen Brechauswurfe der am gelben Fieber Erkrankten eine organische Base, ein Alkaloid, zu entdecken und aus den Salzen, welche die Auswurfsstoffe enthalten, darzustellen. Dieses Alkaloid ist ein öliges Liquidum von durchdringendem, aromatischem Geruch; in Alkohol und Aether löslich, bildet es mit Wasser eine opalisirende Emulsion, eine verschiedenfarbig schillernde Flüssigkeit von milchfarbigem Aussehen. Gerõthetes Lakmuspapier bläuet es sehr stark und beim Erhitzen mit Kali entwickelt es reichliche ammoniakalische Dämpfe. Dr. Freire behauptet, Gründe für die Annahme zu haben, dass dieses Alkaloid das Erzeugniss der Secretion oder Excretion des Cryptococcus xanthogenicus ist, der im Blute am gelben Fieber Erkrankter massenhaft vorgefunden wird, wodurch indessen keineswegs ausgeschlossen sei, dass sowohl dieser mikroskopische Pilz, wie das Alkaloid das Agens des Krankheitszustandes sind. Wie es scheint, hat Dr. Freire bisher noch keine Versuche gemacht, die Krankheit durch das Alkaloid zu erzeugen, sondern nur durch intravenöse und subcutane Einspritzung des Cryptococcus xanthogenicus die Krankheit von Thier auf Thier übertragen, wobei er und sein Assistent Menezes-Doris einen ausserordentlichen Gehalt von Cryptococcen in dem Blute und gleichzeitig die anatomisch-pathologischen Erscheinungen fanden, welche gewöhnlich die Fälle von gelbem Fieber beim Menschen charakterisirt. Am Schluss seines Berichts sagt Dr. Freire in Bezug auf seine Versuchsresultate: «Diese Thatsachen beweisen zweifellos, dass das gelbe Fieber fortgepflanzt wird durch Ansteckung von einem Individuum zum andern, dass es Anfangs eine ansteckende Krankheit ist, die epidemisch werden kann, sobald eine genügende Anzahl von Ansteckungsherden vorhanden ist. Diese Thatsachen beweisen ebenso, dass die Krankheit ihren Sitz weder ausschliesslich, noch besonders in irgend einem Organe hat; sie ist im Blute und demgemäss in allen Organen der Circulation vorhanden». Nachdem nun die Ursache des gelben Fiebers von Dr. Freire erforscht worden, gilt es, ein Mittel zur Paralysirung der Wirkungen des Cryptococcus xanthogenicus im Blute zu finden.

(Allg. Med. C.-Ztg.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 19. Februar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3091	1798	4889
Kinderhospitäler	147	182	329
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten (abd., exanth., rec.)	299	143	442
Scharlach	23	38	61
Pocken	8	5	13
Venerische Krankheiten	526	401	927

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 12. bis 18. Februar 1884 besucht von 2072 Kranken, darunter zum ersten Mal von 753.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 12. bis 18. Febr. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
410	343	753	152	67	150	14	19	20	74	64	61	51	45	28	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 27, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 33, Scharlach 8, Diphtherie 24, Croup 4, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 37, andere Gehirnkrankheiten 38, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 116, Lungenschwindsucht 131, andere Krankheiten der Brusthöhle 30, Gastro-intestinal-Krankheiten 115, andere Krankheiten der Bauchhöhle 33, angeboreneSchwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 31, Cachexia 12.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 0, Mord 0.

— Andere Ursachen 19.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	27 Jan. - 2 Febr.	181 732	80	10	22,9	12,8	36,2
Kopenhagen	30 Jan. - 5 Febr.	258 000	113	9	22,0	7,9	39,4
Berlin	3—9 Februar	1 225 065	503	75	21,4	14,9	36,7
Wien	3—9 Februar	759 849	417	38	28,5	9,1	35,2
Brüssel	27 Jan. - 2 Febr.	166 351	65	6	20,3	9,2	27,5
Paris	1—7 Februar	2 239 928	1038	95	24,1	9,1	28,0
London	3—9 Februar	3 955 814	1499	208	19,5	13,8	35,9
St. Petersburg	**10—16 Februar**	**928 016**	**683**	**98**	**37,1**	**14,3**	**40,2**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. März 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. Februar 1884.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 1. März a. c.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.

* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.

* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.

Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.

Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.

Fr. Kaufmann, Петербургская стор. малая Монетная домъ № 6/8 кв. № 1.

Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.

Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.

Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.

Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.

Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.

Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.

Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17.

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 24 Февраля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 9. St. Petersburg, 3. (15.) März 1884.

Zwei Fälle von acquirirter Stenose des Pulmonalostiums.

(Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga.)

Mitgetheilt von

Dr. H. Krannhals,
Prosector.

Die Gelegenheit zur Mittheilung der beiden folgenden Fälle geben mir zwei in der pathol.-anatom. Sammlung des allgem. Krankenhauses zu Riga aufbewahrte Präparate, die bei der relativen Seltenheit von im extrauterinen Leben erworbenen Affectionen des Pulmonalostiums bemerkenswerth erscheinen. Die Krankengeschichten sind mir von Hrn. Dr. Hampeln, in dessen Abtheilung die betr. Patienten lagen, freundlichst zur Disposition gestellt worden.

I. Endocarditis ulcerosa et verrucosa valvul. Art. pulm.

Maria Rautmann, 43 a. n., Wittwe, aufgenommen den 28. Aug. 1882. Pat. hat vor 19 Jahren eine normale Niederkunft gehabt, vor einem Jahre die Menses verloren, sich bis vor zwei Monaten vollkommen gesund gefühlt, dann aber wegen täglich eintretenden Kältegefühls, Kopfschmerzen und allgemeinen Unbehagens zu Hause das Bett gehütet; Erbrechen sei nicht gewesen, der Appetit regelmässig, Stuhl normal, das Sensorium stets frei. Pat hat keine Oedeme gehabt, weder an Husten noch an Herzklopfen gelitten und keine Abnormitäten der Nierenthätigkeit bemerkt. Hauptsächlich klagt sie über grosse Schwäche und Müdigkeit. — *Stat. präs.* Pat. ist von mittlerer Grösse und mittlerem Ernährungszustande, Fettpolster reichlich, die Gesichtshaut von eigenthümlich hellgelb-braunem Colorit, Haut und Schleimhäute sehr blass, ein geringes Oedem über den ganzen Körper verbreitet. Herzdämpfung normal, Herztöne rein, an den Lungen nichts Abnormes, Milzdämpfung nicht vergrössert, im Harne Spuren von Albumin; ophthalmologischer Befund bis auf Anämie des Augenhintergrundes negativ.

Schwäche und Anämie nehmen stetig zu, hin und wieder trat ein leichtes Deliriren auf oder stellte sich ein mehr somnolenter Zustand ein. Am 8. Sept. wurde, ohne dass sonst irgend eine Veränderung im Allgemeinzustande stattgefunden hätte, zum ersten Male ein lautes systolisches Geräusch von blasendem Charakter über der Pulmonalis gehört; die Milz erschien auch weiterhin nicht vergrössert, ihre Grenzen konnten übrigens nach oben hin wegen allmälig sich einstellenden Hydrothorax nicht genau festgestellt werden, der untere Rand war nicht palpabel. Der spärliche Harn behielt ein spec. Gew. von 1014, war immer reich an Uraten, inconstant von minimalem Eiweissgehalte und wies mitunter ein aus Schleim, Epithelien sowie *vereinzelten* hyalinen und körnigen Cylindern bestehendes Sediment auf; der Stuhl blieb regelmässig, spärlich, aber gut gefärbt. Im Blute glaubt man eine geringe Vermehrung der weissen Blutkörperchen, die auch *grösser* als sonst schienen, zu bemerken; die rothen waren regelmässig geformt, zu Geldrollenform vereinigt, nicht verringert. Nachdem am 4. October noch *Petechien*, namentlich an den unteren Extremitäten, vereinzelt auch am Rumpfe aufgetreten waren, erfolgte am 5. October unter zunehmender Schwäche der Tod.

Was die Fieberbewegung während des Krankheitsverlaufes anbetrifft, so war dieselbe insofern eine regelmässige als die Temperaturen Abends stets höher waren als Morgens. zeigte jedoch bald einen intermittirenden bald einen remittirenden Typus; die Abendtemperaturen hielten sich zwischen 38,3—39,5, die Morgentemperaturen zwischen 37,0—38,5. Vier Tage vor dem Tode traten Collapstemperaturen ein (36,3—35,3).

Der vorstehende Fall imponirte bei der Aufnahme und je länger er beobachtet wurde um so mehr als eine *progressive perniciöse Anämie*: der schleichende Beginn, die extreme fahle Verfärbung und Blässe der Haut und Schleimhäute bei verhältnissmässig intactem Ernährungszustande, die grosse Mattigkeit und Hinfälligkeit, das allverbreitete geringe Oedem, die beginnende Höhlenwassersucht waren die Momente, welche bei Abwesenheit anderer subjectiv sich bemerkbar machender oder objectiv constatirbarer Veränderungen, die die Anämie als eine rein symptomatische hätten erscheinen lassen können, die genannte Diagnose veranlassten. Hierzu kam noch gegen das Ende der Krankheit das Auftreten von Petechien an den unteren Extremitäten. Der Harn war allerdings nicht frei von Eiweiss und Cylindern, beide abnorme Bestandtheile jedoch waren in so geringer Menge vertreten, dass die Annahme eines schweren Nierenleidens als Ursache der Anämie erst in zweiter Reihe in Betracht zu kommen schien. Die im Blute constatirte geringe Vermehrung der farblosen Blutkörperchen konnte bei Abwesenheit eines Milztumors und jeglicher Drüsenschwellungen nicht allzusehr ins Gewicht fallen. Das laute systolische Geräusch an der Herzbasis wurde namentlich in Anbetracht der normal erscheinenden Herzdämpfung als accidentell gedeutet. Die Annahme eines occulten Carcinoms wäre eben weiter nichts als eine willkürliche Annahme gewesen.

Sectionsbefund: (Dr. Hampeln). «Hochgradige gelbliche Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, kleine Purpuraflecke an den unteren Extremitäten, am Rücken spärliche blasse Livores, allg.

leichtes Oedem, Starre vorhanden, mässiger Pannic. adip. von gelber Farbe, Körpermuskulatur blass, dünn, Spongiosa des Sternums contrastirend himbeerroth, weich rareficirt.

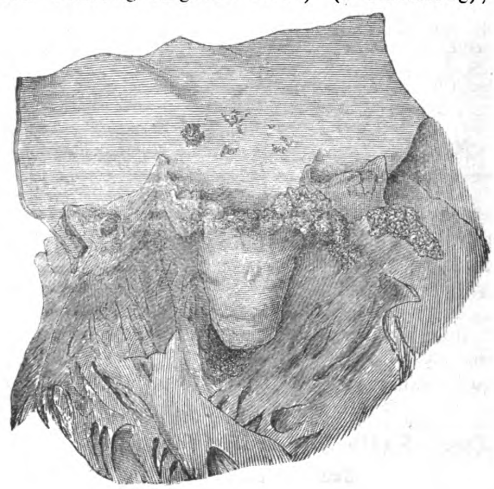
Schädelhöhle nicht eröffnet; auf der Netzhaut des linken Anges neben der Pap. nerv. opt. eine radiär gestellte Hämorrhagie circa halb so gross wie die Sehnervenscheibe.

Brusthöhle. Herz von den Lungen überlagert; in der linken Pleurahöhle ca. 500, in der rechten ca. 1000 Cc. klaren Serums, leichte Synechien beider Pleurablätter, auf den letzteren keine Hämorrhagien; beide Lungen blass, ödematös, im Unterlappen der linken ein älterer Infarct. Im Herzbeutel ca. 500 Cc. klaren Serums, zahlreiche punctförmige Hämorrhagien im Epicard. (bes. des rechten Ventrikels) und im Pericard.; das letztere an mehreren Stellen getrübt. Das Herz 11 Cm. lang, 11 Cm. breit und 4 Cm. dick. Wanddicke des linken Ventrikels 10 Mm., des rechten 3 Mm.; das Muskelfleisch von hellbraunrother Farbe, die Papillarmuskeln links gelb gefleckt: in den Herzhöhlen gelbe Coagula, die Ostien von normalem Umfang, die Valv. mitral. und tricusp. normal, zart, durchscheinend; an der Ventrikelfläche der Aortenklappe flache, warzige, weiche, graugelbe Excrescenzen, ähnliche jedoch massigere an den Klappen der Art. pulmonal., deren eine ein zapfenartiges Gebilde trägt, welches in den Ventrikel herabhängend das Ostium stenosirt.

Bauchhöhle. Der Tract. intest. bis auf hochgradige Blässe der Schleimhaut normal; ebenso das Netz, Mesenterium, Peritonäum; keine Hämorrhagien. Die Leber (24,0, 8,0 [6,0] und 7,0 Cm.) an der Oberfläche etwas uneben. Kapsel glatt, derb, etwas Knirschen beim Durchschneiden, kein Fettbeschlag auf dem Messer; Durchschnitt braungelb, an einzelnen Stellen vom Aussehen einer hyperämischen Muskatnussleber. Milz 20,0, 12,0 und 5,0 Cm. Kapsel etwat verdickt, Consistenz normal, Farbe des Durchschnitts fleischroth, keine Infarcte. Nieren 15,0, 6,0 und 4,0 Cm., ganz weiss, weich. Geschlechtsorgane normal.»

Halten wir es mit Eichhorst[1]) als zum Krankheitsbegriffe der progressiven perniciösen Anämie gehörig, dass die bei der Autopsie sich vorfindenden Organveränderungen «von untergeordneter Bedeutung sind und niemals genügen den schweren Verlauf des Leidens zu erklären», so können wir den vorliegenden Fall, so berechtigt die klinische Diagnose auch erschien, nach dem Sectionsbefunde nicht als eine *reine* progressive perniciöse Anämie bezeichnen. Es fanden sich 1) ein chron. Milztumor: «zu einem umfangreichen Milztumor kommt es (bei der in Rede stehenden Krankheit) jedenfalls nicht; von Anfang an hat man darauf Gewicht gelegt, dass der Milztumor dem reinen Bilde der progressiven perniciösen Anämie fremd ist». (Eichhorst l. c. pag. 284). Andererseits legt derselbe uns die Frage nahe nach der Möglichkeit des Vorliegens einer «Anaemia splenica» — eine Möglichkeit, die in Berücksichtigung der Blutbeschaffenheit, der himbeerrothen Farbe des Knochenmarkes (Neumann's lymphadenoïdes Mark) sowie einiger während des Lebens beobachteten Erscheinungen einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit gewinnt. 2) fand sich eine beträchtliche Vergrösserung beider Nieren, die bei Weichheit des ganzen Organes auf dem Durchschnitt vollkommen weiss aussahen. Nähere Angaben fehlen allerdings im Sectionsprotokoll, doch spricht nichts gegen die Annahme einer Bright'schen Niere. 3) präsentirten sich als interessanteste und wichtigste Complication dieser tödtlichen Anämie eine *Endocarditis ulcerosa* mit Betheiligung des Pericards. Soweit mir die hier in Betracht kommende Literatur zugänglich gewesen, erinnere ich mich keines Falles, in dem eine Endocarditis ulcerosa unter dem Bilde einer progress. pernic. Anämie verlaufen wäre oder umgekehrt sich diese Erkrankung des Herzens bei progress. pernic. Anämie resp. *lienaler Leukämie* als Complication vorgefunden hätte.

Die eingehendere Besichtigung des Herzens ergab Folgendes: Die ein wenig verdickten *Aorten*klappen zeigen dämmtlich in der Gegend der Schliessungslinie und über siese hinaus an der dem Blutstrom zugekehrten Oberfläche erhabene Rauhigkeiten resp. stärkere flachkuchenförmige, unebene Auflagerungen, die etwas mehr als das mittlere Drittel des freien Klappenrandes einnehmen; auf dem einen Segel finden sich derartige Gebilde auch an der oberen Fläche während die beiden anderen Klappen hier glatt und spiegelnd sind. Die Intima der Aorta, das Endocardium des linken Ventrikels und Vorhofs sind völlig intact. Das linke, hintere Klappensegel der Art. pulm. ist ungefähr in der Mitte, 2 Mm. vom freien Rande entfernt, perforirt; das 2,0—2,5 Mm. im Durchmesser habende Loch stellt einen kurzen trichterförmigen Kanal dar, indem die geschwürige Zerstörung an der vom Blutstrom abgewandten Klappenoberfläche weiter gediehen ist als an der Ventrikeloberfläche; von oben her wird die Oeffnung durch eine linsenförmige, die Ränder des Ulcus etwas überragende feste Fibrinscheibe tamponirt, während der Geschwürsrand an der unteren Fläche von einem niedrigen Ring körniger Massen wallartig umgeben wird[2]) (s. Abbildung); hier



finden sich ausserdem noch einige andere kleine wärzchenförmige, mohnkorngrosse Erhebungen resp. Auflagerungen. Das Gewebe der Klappe ist leicht verdickt. Die etwas stärker verdickte vordere (frontale) Klappe trägt an ihrer Ventrikelfläche einen umfangreichen abgerundet kegelförmigen (konischen) Zapfen, welcher in den rechten Ventrikel herabhängt. Die Länge dieses Zapfens beträgt, gemessen von seiner Basis am freien Klappenrande bis zur Spitze 21 Mm., seine grösste Dicke (3 Mm. unterhalb der Basis) 15 Mm., etwa in der Mitte seiner Höhe 12 Mm. Das Gebilde ist von ziemlich fest-elastischer Consistenz und mit dem Segel, an dem es sitzt, leicht beweglich; dieses letztere ist zum Theil ulcerös zerstört: am Grunde der durch das Segel gebildeten Tasche befindet sich ein 4 Mm. Durchmesser haltendes Loch, welches den Zugang bildet zu einer kleinen trichterförmigen Höhle, die die Basis des Zapfens von oben her excavirt und ursprünglich aus einem Klappenaneurysma entstanden sein mag, gegenwärtig jedoch ganz unregelmässig zerfressene Wandungen besitzt. Ein Längsschnitt durch den Zapfen eröffnet uns eine zweite ca. erbsengrosse Höhle, die mehr zur Spitze des Kegels hingelegen ist und eine gelbliche mit Detritus gemischte Flüssigkeit enthält. (Diese Präparationen wurden erst vorgenommen, nachdem das Herz einige Tage in wässrigem Alcohol gelegen hatte.) Die dritte Pulmonalklappe zeigt nur flache Erhabenheiten und Auflagerungen auf der Ventrikelseite. In der Nähe der afficirten Segel finden sich auch auf dem Endocardium des rechten Ventrikels Gruppen kleiner ca. mohnkorngrosser Erhebungen, ähnliche noch kleinere, feinere auf der Intima der Art. pulmonal. an einer beschränkten Stelle, ca. 2 Cm. über den Klappen. Abgesehen von dieser Veränderung erscheint die Innenhaut des Gefässes vollkommen normal, glatt, spiegelnd. Ebensowenig ist an dem Endocardium des rechten Vorhofes, den

¹) Die progressive perniciöse Anämie. Lpzg. Veit & Co. 1878.

²) Bei dem den linken Ventrikel und die Aorta eröffnenden Schnitt ist ein Streifen der Art. pulmonal. mit in die Scheere gerathen: von zwei Pulmonalklappen ist daher auf der Zeichnung nur je eine Hälfte zu sehen.

Zipfeln der Tricuspidalis und der Mitralis etwas Abnormes zu entdecken.

Von den Ergebnissen der mikroskopischen Untersuchung[3]) sei hier Folgendes erwähnt. Auf Schnitten, senkrecht zur Ebene der Klappen zeigen die oberflächlichen Schichten dieser leichte Schwellung des Bindegewebes, Kernvermehrung und Infiltration mit Rundzellen. Diese letzteren sammeln sich bald zu granulationsartigen Bildungen, welche in Form unregelmässig höckeriger Knöpfchen über die Oberfläche hervorragen. Die kleinen Prominenzen und ihre nächste Umgebung werden von einer Schicht scholligen, homogenen Fibrins bedeckt, welche auch an den relativ nur wenig entzündliche Veränderungen aufweisenden Klappentheilen eine verhältnissmässig beträchtliche Dicke besitzt. Diese Fibrinschollen schieben sich auch in die Spalten und Lücken zwischen den secundären Erhebungen und Hervorragungen der Granulationsköpfchen, sie zeigen hier und da ein mehr grobfaseriges Gefüge und beherbergen in einzelnen Spalträumen noch gut als solche erkennbare Reste von Blutkörperchen. Die tieferen Schichten des Klappenzellgewebes sind an den entsprechenden Stellen meist spindelförmig verdickt durch Infiltration mit oft dicht gedrängt stehenden Rundzellen. Die *Haupt*masse der makroskopisch sichtbaren Wärzchen etc. besteht aus dem auf die Unebenheiten der Klappensubstanz niedergeschlagenen Fibrin; dasselbe Fibrin bildet auch den oben erwähnten grossen Zapfen — hier in concentrischen Lagen angeordnet. Die Hohlräume des Zapfens enthalten körnige und schollige Zerfallsmassen. An einzelnen Partien der erkrankten Klappen fehlt der Fibrinniederschlag auf den Granulationsmassen, die dann eine unregelmässig buchtige wie ausgenagt aussehende Oberfläche zeigen — ob der Beginn eitriger Schmelzung oder unbeabsichtigte Zerstörung bei der Operation vorlag, habe ich nicht an allen Schnitten feststellen können. Schnitte durch die Ränder der beiden perforirten Klappenulcera zeigen das Bindegewebe der Klappe zellig infiltrirt oder glasig verquollen, zu zungenförmigen Ausläufern zersetzt, zwischen welche sich schollige Fibrinmassen schieben, die die Ränder der Ulcera wallartig umsäumen und in jenem Zapfen zu so bedeutenden Dimensionen aufgehäuft sind.

Die feinen kleinen Erhebungen auf dem Endocard ium des rechten Ventrikels bieten mikroskopisch im Wesentlichen dasselbe Bild dar wie die Klappendurchschnitte und auch hier handelt es sich um circumscripte Anhäufungen von Granulationszellen zu warzenähnlichen Prominenzen — hier lässt sich aber ausserdem durch vorsichtiges Auspinseln zweifellos ein sehr zartes Gerüste nachweisen, in dessen rundlichen Maschen die Lymphoidzellen, meist einzeln, sitzen — wir hätten es also hier mit einem Gebilde vom Bau des sog. lymphadenoiden Gewebes zu thun. Der endocardiale Ueberzug fehlt über den Granulationswärzchen — auch ist keine Fibrinklappe vorhanden. Die Rundzellen beginnen in einer gewissen (geringen) Tiefe zwischen den Muskelfasern aufzutreten zuerst nur vereinzelt, je näher zur Oberfläche aber um so zahlreicher finden sie sich, um so mehr drängen sie die Muskelfasern auseinander um sich schliesslich zu einem einheitlichen Rundzellen*haufen* zu gruppiren. Die Muskelfasern spielen hierbei eine lediglich passive Rolle, sie erscheinen entweder unverändert oder im Beginn fettiger Degeneration.

Was endlich die feinen auf der Innenfläche der Art. pulmonal. sitzenden Körnchen anbetrifft, so erweisen sich dieselben als Ablagerungen kleiner Haufen dicht an einander gedrängten Rundzellen; hier und da sind diese Zellen zu scholligen Massen zusammen gesintert, die jedoch Kernfärbemittel ebenso gut annehmen wie die von ein an der wohl unterscheidbaren. Bei Tinction mit Methylviolett sind die Verhältnisse am besten zu übersehen. Die dunkelgefärbten Zell-resp. Kernhaufen sitzen zwischen zwei Lagen der hier verdickten Intima, die sich gleichsam in zwei Blätter spaltet, um die Haufen aufzunehmen; diese letzteren sind von rundlicher oder mehr gestreckter Form zum Lumen des Gefässes hin abgerundet, zur Media hin mehr geradlinig begrenzt; hier und da liegen sie in einer Reihe neben einander und werden dann die zwischen ihnen entstehenden Einbuchtungen und Thäler von der Verdickung der Intima ausgeglichen, so dass eine verhältnissmässig ebene oder doch nur flachhüglige Erhebung resultirt. In einzelnen Schnitten fanden sich zwei derartige mikroskopisch kleine Zellhaufen *über*einander — getrennt durch eine Schicht Intimagewebe. Eine solche trennte die Haufen *stets* von der Media und deckte sie zum Lumen des Gefässes hin; einmal erschien diese deckende Schicht abgehoben und war zwischen ihr und dem Zellhaufen ein kleiner Spaltraum entstanden. Ein vollständiges Fehlen dieser Decke wurde nicht angetroffen. Die durch Methylviolett stark gefärbte Grenzlamelle zwischen Media und Intima zog in leichten Wellenlinien intact dahin, überall sich scharf von den übrigen Gebilden abhebend. Die Media bot nichts abnormes dar.

Mikroorganismen habe ich weder in den eben geschilderten Zellhaufen noch in den granulationsähnlichen Wärzchen der Klappen und der Ventrikelwandung, noch in den Geschwürsrändern nachweisen können; ebenso fehlten jegliche Zeichen eines *nekrotischen* Zerfalls: ich glaube eine rein eitrige Ulceration vor mir zu haben — eine verrucös-ulceröse Endocarditis, bei welcher die Verrucae aus Rundzellenanhäufungen bestehen und die Ulcera aus einer eitrigen Schmelzung dieser hervorgegangen sind. Ursprünglich subendocardial resp. subendothelial entstandene Zellhaufen haben bei ihrem weiteren Wachsthum allmälig die sie vor den Insulten von Seiten des Blutstromes schützende Decke durchbrochen und sind dem Untergange verfallen.

Haben wir es mit einer der gewöhnlichen ulcerösen Endocarditiden — einer septischen, einer rheumatischen — zu thun oder bietet der Fall Besonderheiten, die eine solche Annahme fraglich erscheinen lassen? Ich kann hier nur *Vermuthungen* aussprechen. Wir sehen ein bis dahin gesundes Weib unter den Erscheinungen einer unaufhaltsam fortschreitenden Anaemie, die von mässigen Fieberbewegungen begleitet wird, drei Monate lang hinsiechen und endlich an Entkräftung sterben. Die Obduction fördert einen beträchtlichen Milztumor zu Tage, der sich nicht auf eine früher stattgehabte Malaria beziehen lässt, wohl aber, zusammengehalten mit einigen klinischen Erscheinungen, die Annahme einer lienalen Leukämie *wahrscheinlich* macht. Es findet sich ferner eine verrucös-ulceröse Endocarditis, bei der das Mikroskop nicht das Bild durch mikroparasitäre Invasion hervorgerufener nekrotischer Vorgänge, oder im Anschluss an diese letzteren aufgetretener reactiver Entzündung erschliesst, sondern entzündliche *Neubildungen* zeigt und den Zerfall *dieser*. Die Ueberzeugung, dass es sich um eine Endocarditis ulcerosa *nicht*-parasitären Ursprungs handele, hatte ich gleich nach Untersuchung des mir überbrachten Präparates gewonnen. Ich hielt den Fall für ein gutes Beispiel dafür, dass nicht ein jedes acute Klappenulcus der Ausdruck sei eines vergeblich gegen eingedrungene Mikroorganismen geführten Kampfes. Später als ich mich näher mit der zugehörigen Krankengeschichte beschäftigte und den Fall für eine lienale Leukämie zu halten geneigt war, drängte sich mir unwillkürlich die Vermuthung auf, es könne sich *möglicherweise* um eine *Herzaffection leukämischer Natur* handeln. Ich spreche diese Vermuthung unter aller Reserve aus und bin mir wohl bewusst wie sehr gewagt es ist eine leukämiscne Endocarditis anzunehmen, wo bisher eine derartige Erkrankung noch nicht beobachtet worden, und diese Annahme noch dazu bei einem Falle von Leukämie zu machen, der als solcher nicht absolut sicher ist.

Doch auch abgesehen hiervon, auch wenn wir eine nicht

[3]) Dieselbe wurde von mir bald nach der Section (November 1883) ausgeführt.

zu constatirende septische oder rheumatische Ursache annehmen, bleibt der Fall sowohl klinisch als path.-anat. interessant. Sind nichtfötale, im späteren Leben acquirirte Erkrankungen des Ost. art. dext. schon an sich selten, so ist eine ulceröse Endocarditis, welche vorzugsweise die Klappen der Art. pulmonal. ergriffen, nur in sehr wenigen Beispielen in der Literatur anzutreffen. Mayer veröffentlicht im XXIV. Bande des «deutsch. Arch. f. klin. Med.» (1879) einen derartigen Fall und finden sich l. c. auch die bis dahin beobachteten 9 Fälle in extenso mitgetheilt. Aus der späteren Literatur habe ich an der Hand der Jahresberichte von Virchow und Hirsch nur die folgenden Fälle finden können: Concato (Virchow-Hirsch Jahresber. f. 1880. II pag. 150). 24 j. Schwangere, schwerer Kniegelenksrheumatismus, auf dem Endocardium des *rechten* Herzens weissliche papilläre Wucherungen. — L. Langer. (Oesterreichische med. Jahrb. H. 3—4. 1881) Endocardit. ulc. der Tricuspidal- und Pulmonalklappen: hochgradige Stenose des Ost. venos. sin. Intima der Pulmonalis uneben mit seichten Substanzverlusten versehen, die Pulmonalklappen und Tricuspidalzipfel verdickt und mit ihren Rändern z. Th. verwachsen, stellenweise exulcerirt, stecknadelkopfgrosse Excrescenzen auf den freien Rändern der Tricusp.-zipfel. — Colomiatti (Virchow-Hirsch, Jahresber. f. 1882. II pag. 127). Sectionsbefund von 6 Fällen rechtseitiger acuter Endocarditis. «In 5 waren theilweise die Semilunarklappen der Pulmonalarterie, theils die Valv. tricusp. des Ost. venos. Sitz der Erkrankung, während in dem 6. Falle der Entzündungsprocess im rechten Vorhofe zunächst dem Annul. for. oval. (Isth. Viesseun.) sich localisirt hatte».

(Schluss folgt).

Referate.

J. Albrecht: Ueber den Ausgang der fungösen Gelenkentzündungen und die Bedeutung der Gelenkresection bei solchen. (Deutsch. Zeitschr. für Chirurg. Bd. XIX, Hft. 2—5.)

Es ist gewiss von hohem Interesse und grosser Bedeutung für die Beurtheilung der Heilmethoden, festzustellen, in welchem Zustande sich die Patienten nach längeren Zeiträumen, vielen Jahren befinden. In Betreff der Gelenkresection sind neuerdings mehrere derartige Arbeiten geliefert und haben diese manchen recht eingebürgerten Lehrsatz umgestossen. Die Durchmusterung ihrer Resecirten Jahre nach der Operation, und andererseits Erhebungen über die Schicksale der Nichtoperirten, die an demselben Leiden krankten, haben viele Chirurgen viel weniger optimistisch an die Gelenkresection bei Tuberculose gehen lassen. Auch die vorliegende, sehr umfangreiche Arbeit giebt eine vorurtheilslose Wiedergabe dessen, was auf conservativem Wege und was durch die Resection in der Klinik zu Zürich erreicht worden ist. Die 325 Krankengeschichten datiren aus den Jahren 1867—1880, die Nachrichten über das Endresultat aus dem Herbst 1882. Die primär amputirten Fälle sind in diese Zahl nicht aufgenommen, die sogen. Frühresectionen wurden nicht angewandt, es bestanden schon Abscesse oder Fisteln.

Es können in Folgendem natürlich nur die prägnantesten Ergebnisse und das Resumé des Autors gegeben werden. Besprochen sind nur die sicher fungösen Entzündungen der sechs grossen Gelenke. Von 163 conservativ Behandelten sind gestorben 57 (34,96%), von 162 Resecirten 78 (48,1%). Bei der Coxitis starben von 53 conserv. Behandelten 14 (26,41%), von 49 Resecirten 38 (77,5%); ungleich besser stellen sich die Erfolge der Resection an der oberen Extremität, z. B des Ellenbogens, hier gingen von 13 conserv. Behandelten 3 (23,07%) zu Grunde und von 39 Resecirten 10 (25,38%). Es bleibt zu berücksichtigen, dass ja gerade die schlimmeren Fälle zur Resection kommen und will Verf. deshalb auch durchaus nicht diese Operation verwerfen. Im Allgemeinen will Verf. an den oberen Extremitäten die conservirende Behandlung möglichst lange fortsetzen, und wenn operirt werden muss, so giebt er in den gewöhnlichen Fällen der Resection entschieden den Vorzug vor der Amputation. Bei dem Fussgelenk neigt Verf. mehr zur Amputation, einerseits weil dieses Gelenk einen sehr perniciösen Verlauf in Aussicht stellt, andererseits durch die Amputation nach Pirogow oder Syme sehr gute Stümpfe entstehen; nach der Resection lässt sich auf diese Methoden nicht mehr recurriren. Bei dem Knie will Verf. der Resection nur einen sehr kleinen Spielraum lassen zwischen conservativer Behandlung und Amputation. Am Hüftgelenk kann natürlich nur resecirt werden, und das soll in den allerseltensten Fällen gestattet sein. Gegen die sogen. Frühresection ist Verf. durchaus, weil er den Satz König's, «die Gefahr anderweitiger tuberculöser Erkrankung von Organen und die der allgemeinen Tuberculose wird nicht wesentlich herabgesetzt durch die Ausschneidung tuberculöser Gelenke», aus seinen Beobachtungen constatiren zu können glaubt. Als Illustration dazu diene Folgendes: In 45 Fällen bestanden Abscesse und Fisteln, von diesen starben bei conservat. Behandlung 28 (62,2%), wurden geheilt 15, amputirt 1, ungeheilt 1. Es wurde also der dritte Theil geheilt, mehr als bei der Resection. Am auffallendsten ist, dass von 16 Hüftgelenken 8 geheilt wurden, 8 starben.

Aus den andern, in der Arbeit besprochenen Fragen erwähnen wir nur zum Schluss, dass nach des Autors Tabellen die tuberculöse Gelenkentzündung ungefähr in ¼ aller Fälle nach Scrophulose entsteht, in ⅙ nach Trauma und in der Hälfte ohne oder nach ganz entfernter Aetiologie und dass die Mortalität, wenn die Anamnese ein positives Resultat hinsichtlich scrophulöser Diathese ergiebt, um 22% grösser ist, als wenn die Krankheit nach äusserer Veranlassung oder ohne diese sich einstellte. T.

F. Tekutjew: Bericht über die Abtheilung venerischer Kranken im 1. Tifliser Militärhospital pro 1881—82. (Med. Sbornik der Kaiserl. Kaukas. med. Gesellschaft № 37. Lieferung 1. 1883.)

Bei der Seltenheit derartiger Berichte verdient auch der vorliegende, etwas trocken und oberflächlich gehaltene Berücksichtigung. Im Laufe der 2 Jahre wurden 2365 Pat. auf der genannten Abtheilung behandelt und bildeten sie 32,2% aller Hospitalpatienten und 9,5% sämmtlicher Truppentheile von Tiflis und Umgebung. Es kamen vor:

	1881	1882		
Syphilis	340	278	=	618
Ulcus molle	324	409	=	733
Urethritis	498	403	=	901

An bemerkenswerthen *Complicationen* ist anzuführen: 1) Bei *Syphilis* — je 1 Fall von Iritis resp. Retinitis, 43 Fälle von Laryngitis. Wie sich das Verhältniss zwischen frischer, recidivirender und tardiver Form stellt, lässt sich nicht ersehen, nur giebt Verf. an, dass der Spitalaufenthalt bei Syphilis recenta — 56 resp. 67 Tage, bei Recidiven — 31 resp. 35 und bei tardiver Syphilis — 62 Tage betrug. Meist kamen die Patienten ca. 20 Tage post infectionem ins Hospital. 2) *Ulcus molle.* Complication mit Bubonen in 30 resp. 40,5%. Phagedänische Formen wurden in 2 Jahren 13 Mal beobachtet. Der Aufenthalt betrug bei einfachem Ulcus molle 19 resp. 20 Tage, bei Complication mit vereiternden Bubonen *80 resp. 61 Tage* (also wohl keine antiseptische Behandlung!). Syphilitische Bubonen vereiterten 9 Mal. 3) *Urethritis* — Complication mit Epididymitis — 20,5% (und zwar Epid. dextr. — 46, E. sin. — 48, E. dplex. — 10 Mal). Der Aufenthalt betrug bei einfacher Urethritis — 18 resp. 25, bei complicirter U. — 23 resp. 32 Tage. Phimosis wurde dabei 19 Mal, Condylomata acuminata 18 Mal beobachtet.

Zum Schluss entwirft Vf. ein haarsträubendes Bild von den Verhältnissen der niederen Prostitution. Die vorgeschriebene ärztliche Controle ist illusorisch, da nicht einmal richtige Verzeichnisse der Bordellinsassen existiren. Ausserdem ist die Zahl der Prostituirten so gering, dass 7—12 Coiti pro die auf jede kommen, an Feiertagen noch mehr. Meist kommt das erneuernde Element der Prostituirten aus Rostow und Wladikawkas bereits inficirt, da sie bereits seit einiger Zeit ihr Gewerbe treiben. Vf. fordert die Durchführung der bekannten prophylaktischen Maassregeln: wir wünschen ihm damit durchzudringen. P.

Lissowski: Die Behandlung der Syphilis im Dünaburger Militär-Hospital im Jahre 1882. (Protokolle der Dünaburger ärztlichen Gesellschaft 1882—83).

Zur localen Behandlung sind gebraucht worden Carbolöl u. a. antiseptische Flüssigkeiten, Jodoform und Naphtalin; letzteres hat stark gereizt, wenn es nicht sehr fein gepulvert war. Heilung durchschnittlich in 20 Tagen. Bei gangränösen oder phagedänischen Geschwüren Aetzungen mit Chlorzink mit gutem Erfolge; bei zögernder Heilung Allgemeinbehandlung. Zu letzterer sind theils die Schmiercur, theils subcutane Sublimatinjectionen in Anwendung gezogen worden, wobei zur Inunction nur ℨj Ung. ciner., zur Injection dagegen gr. ⅐ pro die verbraucht worden. Durchschnittlich kamen auf jeden Fall 25,5 Inunctionen und 24,9 Injectionen, von beiden im Minimum 10—15, im Maximum 60—70. Was den Werth dieser oder jener Methode betrifft, so kann Verf. keiner von beiden einen Vorzug einräumen und hält sie in jeder Beziehung, abgesehen von der häufigeren Salivation bei der Schmierkur, für gleichwerthig. Abscessbildungen sind nach den Sublimatinjectionen überhaupt nicht beobachtet worden, Sugillationen in einigen wenigen Fällen bei scorbutischen Individuen. Die wesentlichsten Unterschiede beider Methoden findet Verf. darin, dass die Injectionen schmerzhaft sind, die Inunctionen nicht, dagegen die letzteren viel Wäsche und Zeit consumiren und mehr Bäder erfordern, auch mehr kosten, welche Umstände in der Hospitalpraxis nicht ohne Bedeutung sind. Leider giebt Verf. die Zahl der behandelten Fälle nicht, mit Ausnahme derjenigen (92) welche mit Jodkali behandelt worden, welches nur in leichteren Fällen von Recidiven oder als Nachcur gebraucht worden ist. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 39 Tage. —t.

P. S. Unna (Hamburg): Ueberhäutung und Ueberhornung (Darmatoplasie und Keratoplasie). (Sep. Abd. a. Berlin. klin. W. № 35. 14 Seiten).

In dieser bemerkenswerthen Arbeit weist Vf. darauf hin, dass beim Wiederersatz einer mangelnden Hautpartie, also beim Process der «Ueberhäutung» 2 ganz getrennte Acte stattfinden, nämlich *Granulationsbildung* und *Verhornung des Epithels*. Daher hat die *Therapie* darauf zu achten, dass beide Acte günstig gefördert würden. Die Antiseptica sind zwar vorzügliche Granulationsbildner (Darmatoplastika), dagegen wirken sie aber meist, zumal in stärkeren Lösungen keratolytisch, erschweren also die Epithelverhornung. Dagegen giebt es aber eine Reihe von keratoplastischen Mitteln, welche die Verhornung fördern, so die *Pyrogallussäure* und *Schwefelwasserstoff* (am Besten in Form einer 10%igen Schwefelsalbe als SH_2 erzeugendes Substrat) und *Ichthyol*. Da letzteres in Wasser löslich, so kann es benutzt werden, die keratolytische Wirkung anderer Mittel, z. B. Sublimat zu corrigiren. Eine 2—5% Sublimatlösung mit Zusatz von 5—10% Ichthyol übt keinerlei Corrosionseffect auf die Haut, ohne Zusatz dagegen wirkt sie stark reizend.

Wasserentziehung spielt gewiss auch keine unwichtige Rolle bei der Verhornung, daher die Beschleunigung der Wundheilung durch alle wasserentziehenden Mittel, wie Tannin, Alaun, Torf, Moos, Sand etc. P.

Eulau: Die Beziehung des Herzchocs zur Mamillarlinie. (D. Arch. f. klin. Medic. XXXIV, 3, p. 258—269.)

Die Mamillarlinie spielt bekanntlich bei der Bestimmung, resp. Abgrenzung der Herzdämpfung, speciell des Herzchocs, eine grosse Rolle. Die Veränderlichkeit der Stellung der Brustwarze ist selbst bei Männern eine so grosse, dass die Bestimmung und Projicirung derselben auf der Brustwand oft bedeutende Schwierigkeiten bereitet, weshalb Verf. sich der Mühe unterzogen hat, bei 50 Männern, 50 Weibern und 20 Kindern die relative Lage des Herzchocs und der Brustwarze zu bestimmen. Alle untersuchten Individuen waren frei von früheren Brust- und Herzkrankeiten, bei der Untersuchung lagen sie mit leicht elevirtem Oberkörper auf dem Rücken mit unter einem Winkel von etwa 45° vom Rumpfe abducirten Oberarmen, möglichst ruhig athmend. Zunächst wurden dermographisch die Sternal-, Parasternal- und Mamillarlinie verzeichnet, dann der Herzchoc in der Weise aufgesucht, dass der Finger im betreffenden Intercostalraum von aussen und von innen sich zu ihm langsam hin bewegte, bis er gehoben wurde; diese Stellen wurden mit einem fein zugespitzten schmalen violetten Tintenstift bezeichnet und gaben so die äussere und innere Grenze für die Breite des Herzchocs an. Diese Breite wurde mit dem Centimeterbande gemessen und betrug im Mittel bei den Männern 1,9, bei den Weibern 1,95 und bei den Kindern 2,1 Ctm. Die Breite einer sichtbaren Erhebung der Herzspitze harmonirte fast nie mit der, nach Verf.'s Methode gefundenen Breite.

Die Lage des Herzchocs variirte bei *Männern* im Bereiche des 5. Intercostalraums zwischen Mamillar- und Parasternallinie, anderentheils ging er, freilich nur in 3 Fällen, über die Mamillarlinie 1mal um 1,0, 2mal um 0,5 Ctm.) hinaus. *Bei den Weibern* lag der Herzchoc nur 39mal im 5., 11mal im 4. linken Intercostalraum ohne jegliches Symptom einer Herzkrankheit und überschritt die Mamillarlinie 2mal um 0,5 Ctm. *Bei den Kindern* lag er 14mal im 5., 6mal im 4. Intercostalraum und überschritt die Mamillarlinie 1mal um 2,0, 1mal um 0,2, 1mal um 1,5 und 1mal um 1,3 Ctm.

Verf. construirte nun eine neue Linie, welche von einem fixen Puncte, dem Schlüsselbeine ausgehend, nicht denselben Schwankungen ausgesetzt wäre, wie die Mamillarlinie. Die untersuchten Personen befanden sich in der Rückenlage mit unter einem Winkel von circa 45° abducirtem linken Oberarm, damit die beiden Enden der Clavicula nahezu in gleiches Niveau zu einander gebracht würden. Darauf wurde die Länge der Clavicula in Centimetern bestimmt (*die Sterno-Acromiallinie*), von der Hälfte dieser eine parallel zur Sternallinie laufende, die Mamillarlinie ersetzen sollende Linie, *die Clavicularlinie*, gezogen. Als Parasternallinie mag die Linie gelten, welche parallel zur Sternal- und Clavicularlinie in gleich grossen Entfernungen von beiden verläuft.

Dass die von Verf. vorgeschlagene neue Linie einen guten Ersatz für die Mamillarlinie darbietet, ist dadurch erwiesen, dass bei Männern 20mal die Linea clavicularis mit der mamillaris coincidirte, 21mal um ein Minimum nach innen, 9mal nach aussen von der Mamillarlinie sich befand; bei Weibern coincidirten beide Linien 9mal, bei Kindern 7mal. Die durchschnittliche Länge der Sterno-Acromiallinie betrug bei Männern 15,1, bei Weibern 14,5 und bei Kindern 10,9 Ctm. Die Linea clavicularis war im Durchschnitt von der Sternallinie entfernt bei den Männern 8,7, bei den Weibern 9,5 und bei den Kindern 6,5 Ctm. *In allen Fällen, wenn der Herzchoc sich im 5. Intercostalraum befand, überschritt er nie die Clavicularlinie;* war der Herzchoc im 4. Intercostalraum vorhanden (11mal bei den Weibern und 6mal bei den Kindern), wurde die Clavicularlinie 10mal überschritten, und zwar bei den Weibern 4mal um 0,5, 2mal um 1,5—2,0, 1mal um 1,2—1,7 Ctm., bei den Kindern 1mal um 1,0, 1mal um 1,5 und 1mal um 2,5 Ctm.

Die Entfernung des lateralen Chocendes von der Clavicularlinie betrug im Mittel . . . bei Männern 1,16 Ctm.
bei Weibern 1,0 «
bei Kindern 0,51 «

Die Entfernung des medialen Chocendes von der Parasternallinie betrug im Mittel . . . bei Männern 1,16 Ctm.
bei Weibern 1,10 «
bei Kindern 0,47 «

Als Resultate seiner Untersuchungen stellt Verfasser folgende Schlüsse auf:

1) Der normale Herzchoc überschreitet in der Rückenlage des zu Untersuchenden nicht den zwischen Clavicular- und Parasternallinie gelegenen Theil des 5. Intercostalraums.

2) Befindet sich der Herzchoc mehr oder weniger ausserhalb der linken Clavicularlinie in der Höhe des 5. Intercostalraums, so muss das Herz vergrössert oder verschoben sein.

3) Eine mässige Ueberschreitung der Linea clavicularis da, wo der Herzchoc normaliter im 4. Intercostalraum anschlägt (bei Kindern und Frauen), hat noch kein Recht, ohne andere Anhaltspuncte für pathologisch zu gelten. Hz.

Wernitz: Fall von Ruptur des Scheidengewölbes durch operatives Eingreifen eines Feldscherers in der Geburt. (Protok. d. Dünaburg. ärztl. Gesellsch. 1882—83).

Ein Fall von seltener Dreistigkeit einer gewissen Sorte von «Heil»-gehülfen. Es handelte sich um Querlage mit Vorfall eines Armes bei einer Bäuerin. Der hinzugerufene, wegen Trunks aus dem Dienst entlassene Feldscherer versuchte vergeblich das Kind am vorgefallenen Arme herauszuziehen, worauf sein Gehülfe sich der Sache annahm und den Arm mit aller Gewalt zurückzubringen suchte, was denn auch schliesslich unter den heftigsten Schmerzen gelang indem der Arm plötzlich zurückwich. Bald darauf ging die Placenta ab, die Nabelschnur wurde durchschnitten und die beiden Geburtshelfer entfernten sich quasi re bene gesta. Die Wehen hörten auf, die Kranke collabirte; der Tags darauf hinzugerufene Arzt fand den Uterus leer, im Scheidengewölbe einen colossalen Riss, durch welchen der Foetus in die Bauchhöhle eingetreten war. Warum W. statt der Patientin die Laparotomie zu proponiren, nicht lieber versucht hat mit der Hand durch den Riss einzugehen und das Kind an den Füssen zu extrahiren, ist nicht gesagt; vermuthlich hatte der Riss sich so weit verengert, dass man bei diesem Versuche ein völliges Abreissen der Scheide riskirt hätte. Pat. starb am folgenden Tage.— Wieviel unnöthige Qualen mögen verursacht werden, wieviel Leben zu Grunde gehen durch solche «Hülfe»? Ob die betreffenden Personen gerichtlich zur Verantwortung gezogen worden sind, davon ist nichts erwähnt. —t.

N. Makarow (Anapa): Bemerkenswerthe Zwillinge. (Wratsch № 46).

In der Steppe bei Anapa gebar eine Bäuerin 2 weibliche mit einander verwachsene Kinder. Die Verwachsung fand an Brust und Bauch, von der 4. Rippe bis zum Nabel statt. Nur eine gemeinschaftliche Nabelschnur vorhanden. Beide Mädchen sind gleich gross, gut entwickelt, während jedoch die eine gute Herztöne hat und sich energisch bewegt, sind Respiration und Herzaction bei der Anderen schwach. Sie saugen und defäciren zu verschiedenen Zeiten, desgleichen schlafen sie auch nicht gleichzeitig. Die Geburt war günstig verlaufen, der Kopf des kräftigeren Mädchens wurde zuerst geboren. Die Mutter (Drittgebärende) fühlte sich wohl und arbeitete nach 5 Tagen bereits wieder auf dem Felde, während die Kinder mit der Saugeflasche gefüttert wurden.

M. hat die Kinder aus den Augen verloren und nur gehört, dass sie 1 Monat nach der Geburt noch lebten. P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zopf: Die Spaltpilze. Ins Russische übersetzt und mit Anmerkungen und Ergänzungen versehen von Doc. Gobi und Doc. Kostitschew. C. Ricker und A. Devrient. — St. Petersburg, 1884.

Vor uns liegt die russische Uebersetzung des bekannten Zopf'schen Buches.

Dieselbe ist in musterhafter Weise angefertigt, was ja auch bei der Betheiligung so tüchtiger Fachmänner wie Gobi und Kostitschew nicht anders zu erwarten stand.

Nur finden wir dass bei dem Streben nach möglichster Vollständigkeit etwas zu viel des Guten gethan worden ist. Abgesehen davon, dass das Werk schon an und für sich mit zahlreichen Anmerkungen versehen ist, hat jeder von den HH. Uebersetzern noch seine eigenen Ergänzungen und Zurechtstellungen geliefert und seine von des Verfassers abweichenden Meinungen, und zwar in den Text, hineingebracht (allerdings in Klammern). Wir können nicht gerade behaupten, dass auf diese Weise, so interessant und wichtig diese Randbemerkungen an und für sich sind, für den Anfänger (und für solche ist doch das Buch bestimmt) das Eindringen in das Wesentliche der Bacterienlehre erleichtert worden wäre. In anderer Hinsicht jedoch hat die Uebersetzung unzweifelhafte Bereicherungen erhalten, namentlich durch Hinzufügung neuer Capitel, wie z. B.

über die Bacillen des Rotzes, über die des Oedema malignum, über das Bacterium Caucasicum (Kephirferment) etc. etc. Auch die mikroskopischen und mikrochemischen Untersuchungsmethoden sind in viel detaillirterer Weise, wie im Original behandelt. Für den Ausdruck Spaltpilze haben die Uebersetzer eine neue russische Bezeichnung eingeführt und zwar nennen sie dieselben дробянки-бактерія d. h. Bacterien die die Eigenschaft haben in Fragmente zu zerfallen. Sie thaten es damit der Ausdruck Pilz, welcher so häufig Veranlassung zu falschen Vorstellungen über die Hingehörigkeit der betreffenden Organismen giebt, vermieden werde. Zugleich wollten sie damit andeuten, dass wir es mit einer botanischen Gruppe sui generis zu thun haben.

Was die äussere Ausstattung betrifft, so lässt dieselbe nichts zu wünschen übrig. —s.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 13. December 1883.

Im Anschlusse an die, auf der Sitzung vom 29. Nov. gehaltenen Vorträge der Herren Dombrowski und Monastyrski ergreift Dr. G. Tiling das Wort. — Ohne, aus weiter unten anzuführenden Gründen selbst Versuche mit Magisterium Bismuthi angestellt zu haben, spricht Redner Zweifel daran aus, dass die schönen Resultate der Herren Dombrowski und Monastyrski dem genannten Mittel zuzuschreiben seien. Dasselbe ist, wie Kocher selbst sagt, ein nur mässiges Antisepticum; die gleichzeitig mit dem Magisterium Bismuthi von genannten Herren in Anwendung gezogenen Substanzen, das Sublimat und das Jodoform sind dagegen die kräftigsten uns bekannten Antiseptica und haben wohl mehr zu den vorzüglichen Heilerfolgen der Herren D. und M. beigetragen als das Magisterium Bismuthi. — Die austrocknende Wirkung des Magisterium Bismuthi anbelangend glaubt Referent, dass die von D. und M. in Anwendung gezogene unterbrochene Matratzennaht als solche, durch präcise Adaption der Wundflächen mit möglichster Umgehung von todten Räumen direct und so bedeutend secretionsvermindernd wirken müsse, dass die austrocknende Wirkung des Magisterium Bismuthi in ihrer Bedeutung überschätzt worden sei, und zwar um so mehr da Referent, bei Berücksichtigung des so häufig zu constatirenden Factums, dass bei subcutanen Fracturen mit recht bedeutenden Extravasaten eine fieberlose Heilung die Regel bildet, der Meinung ist dass ganz geringe Extravasate zwischen den Wundflächen, denen D. und M. einen so schädlichen Einfluss auf den Heilverlauf zuschreiben, von kaum nennenswerther Bedeutung sind, da dieselben, in einer gut desinficirten Wunde sich ähnlich wie die Extravasate bei subcutanen Fracturen verhalten müssen.

Schliesslich hebt Referent noch hervor, dass das Magisterium Bismuthi in keiner Weise als indifferentes Mittel anzusehen sei, da von verschiedener Seite Intoxicationen mit demselben: sehr hartnäckige Stomatitiden, dauernde Schwarzfärbung des Zahnfleisches, Nephritis, Enteritis, ja selbst Todesfälle zur Mittheilung gelangt sind.

Auch hat Riedel darauf aufmerksam gemacht, dass das Magisterium Bismuthi erysipelatöse Erkrankungen nicht von der Wunde fernzuhalten vermag. Nach alle dem glaubt Tiling in dem Magisterium Bismuthi ein, bei der Wundbehandlung mindestens leicht zu entbehrendes Mittel vor sich sehen zu dürfen.

Die Secundärnaht hält Redner für unnütz und quälend; ist die Wunde einigermaassen trocken so schliesse man sofort, und rühre an derselben nicht unnütz, wenn möglich gar nicht bis sie geheilt ist.

Auf die, auf der männlichen Abtheilung des Alexanderhospitals von ihm geübte Wundbehandlungsmethode übergehend, berichtet Dr. Tiling wie folgt.

Er giebt dem Sublimat vor allen anderen Antisepticis den bei weitem grössten Vorzug. Die Verbandstoffe werden nach Kümmel präparirt. Genäht wird mit Seide, welche in 1% Sublimatlösung gehalten wird, und zwar bringt Referent die bei Amputationen gebildeten Muskelwundflächen durch folgende Naht zur Adaption. Der Faden geht von einer Seite der Extremität von aussen durch Haut und Muskeln vor dem Knochen vorüber wieder durch die Muskeln und zur Haut der anderen Seite der Extremität heraus, und kehrt, nachdem zwischen Haut und freier Fadenschlinge ein frontalgestelltes, fingerdickes Drain geschoben ist, ca. 1 Ctm weiter peripher auf dem entsprechendem Wege zur ersten Seite zurück, wo die beiden Fadenenden über einem, dem ersten gleichdicken Drainrohre nach Anlegung aller zum Schlusse der Wunde nothwendigen Nähte und nach sorgfältigster Reinigung der Wunde geknüpft werden.

Auf diese Weise entsteht eine Zapfen- resp. Balkennaht, die die durchschnittenen Muskeln an einander fest adaptirt und den Knochen sicher einbettet. Die Haut wird durch Kürschnernähte geschlossen. Dr. Tiling giebt dieser Naht vor den Nähten, welche Dombrowski bisher mit gutem Resultat angewendet, entschieden den Vorzug. — Dieselbe ist schonender für die Haut, da sie durch die unter die Fadenschlingen gelegten Drains einen *elastischen* Druck ausübt, und auch principiell richtiger, da durch dieselbe nur wenige Ernährungswege durch quere Compression der Lappen gesperrt werden, die Ernährungsverhältnisse der Lappen demnach bessere sind. — Nachdem Referent bei einer Femuramputation, einer Amputation des Vorderarms, einer Amputation des Unterschenkels, wobei immer Drains zur Anwendung gekommen waren, sich überzeugt hatte, dass bei Abnahme des Verbandes die Wunde immer pulvertrocken und auch aus den Drains sogut wie kein Secret abgeflossen war, entschloss er sich die Lappen vollkommen zu vernähen mit Beiseitelassung der Drainage. — Eine auf diese Weise ausgeführte Amputation des Vorderarms war nach 10 Tagen vollständig per primam geheilt, der Verband pulvertrocken. Bei einer wegen Gangrän aller Zehen ausgeführten Amputatio pedis nach Lisfranc glaubt Referent dem Sublimat zuviel zugetraut zu haben. Es wurde dicht am Gangränösen amputirt und vollständig vernäht. Nach fünf Tagen entstand eine kleine Phlegmone. — Es mussten die mittleren Nähte entfernt und 2 kleine Incisionen gemacht werden. Weiterhin erfolgte die Heilung in gewünschter Weise. — Durch diesen Fall etwas abgeschreckt legte Referent bei einer Amputatio pedis nach Pirogow mit schräger Durchsägung der Tibia und Fibula einer, und des Calcaneus andererseits und Aufeinandernähung der Knochenflächen in die hinter den vernähten Knochen liegende Wundhöhle einen Drain. Beim ersten Verbandwechsel nach 14 Tage lag der Drain nur in der Haut und der Verband war nur in unmittelbarster Umgebung dieses etwas feucht, im übrigen pulvertrocken. — Nach diesen Erfahrungen spricht Dr. Tiling die Hoffnung aus, dass man bei Anwendung des Sublimats allein sehr schöne Resultate bei Amputationen erzielen dürfte auch ohne Magisterium Bismuthi, mit primärer vollständiger Naht und Beiseitelassung der Drainage.

Schliesslich macht Dr. Tiling auf die grosse Billigkeit des Sublimats im Vergleich zu den anderen Antisepticis aufmerksam.

1 Arschin Marly nach Bruns kostet	10	Kop.
1 » » » Schede »	7³/₄	»
1 Pfd. Salicyl-Watte (4%) »	119	»
1 » Sublimat-Watte »	97¹/₄	»

Für 40 Pfd. Lösung wurden auf der männlichen chirurgischen Abtheilung des Alexanderhospitals früher verbraucht

Carbolsäure ℥X für	180	Kop.
jetzt Sublimat ℥β »	12	»

Berechnet man für's Jahr, so stellt sich bei der Sublimatbehandlung in einer Abtheilung von 50 Betten eine Ersparniss von 400 Rbl. heraus.

Endlich hebt Ref. hervor, dass das Sublimat auf die Chromobacterien bei blauem Eiter keinen Einfluss übe. Die auf obige angegebene Weise gewonnenen Resultate wurden an 3 Amputationsstümpfen, einem den Unterschenkel und 2 den Oberarm betreffenden demonstirt.

Zu dem Vortrage des Dr. Tiling bemerkt Dr. Dombrowski, dass er das Magisterium Bismuthi durchaus nicht als Antisepticum schätze und gerade seiner geringen antiseptischen Wirkung wegen das Sublimat anwende, dass er aber wohl glaube der secretionsvermindernden, austrocknenden Wirkung des Magisterium Bismuthi eine nicht hoch genug anzuschlagende Bedeutung bei der antiseptischen Wundbehandlungsmethode vindiciren zu müssen. Mit der Anschauung Dr. Tiling's, dass ganz kleine in der Wunde zurückbleibende, oder nach Schluss derselben sich in derselben ansammelnde Blutmengen von gar keiner Bedeutung für den Heilverlauf seien, kann sich Dr. Dombrowski nicht einverstanden erklären, und weist darauf hin, dass das sog. aseptische Fieber, welches von der Zersetzung gerade solcher kleiner Blutmengen herrühre, bei Anwendung des Magisterium Bismuthi umgangen werde.

Die toxische Wirkung des Mittels anbelangend bemerkt Dr. Dombrowski, dass ihm dieselbe, wie er in seinem Vortrage hervorgehoben, wohl bekannt sei, diese sich jedoch durch die von ihm empfohlene Anwendungsweise desselben sehr wohl und vollkommen eliminiren lasse.

Die von Dr. Tiling über den Werth des Magisterium Bismuthi ausgesprochenen Bedenken bis zu einem gewissen Grade theilend berichtet Dr. Monastyrski (als Gast) über folgende Beobachtung. In einem Falle von chronischem, 12 Jahre bereits bestehendem, umfangreichem Unterschenkelgeschwür machte Referent die Amputation im oberen Drittheil. Nach gewissenhafter Blutstillung durch directe Gefässunterbindung, und mehrmaligem Abspülen der Wunde mit Sublimatlösung, wurden die Nähte (einfache und Doppelstichknopfnähte) angelegt, ohne sie vorläufig zu knüpfen und die Wunde tamponirt, wozu nicht wie sonst Jodoformgaze, die mit 10% Emulsion von Magisterium Bismuthi getränkt war, sondern einfach Bergmannsche Gaze, die vorher 27 Stunden lang in Sublimatlösung 1 : 1000 gelegen hatte genommen wurde. Ueber das Ganze kam natürlich ein antiseptischer Verband. Nach 2 Mal 2 Stunden wurde der Verband gewechselt um die Nähte definitiv zu knüpfen; die Wunde sah recht gut aus. Sehr bald nach Verschluss der Wunde stellten sich Schmerzen im Stumpfe ein, und stieg die Temperatur bis auf 38,5° C. Nach 2 Tagen sah sich Dr. Monastyrski genöthigt den Verband zu wechseln und fand, dass die Lappen stark von der Querschnittfläche abgehoben waren und deutliche Fluctuation zeigten. Mit einem spitzen Messer wurde durch den Hinterlappen, nahe seiner Basis an zwei Stellen bis in die Wundhöhle eingegangen, worauf hin sich reichlich 2 Esslöffel voll klaren Serums entleerten. In die Einstichsöffnungen wurden schmale Jodoformgazestreifen

eingeführt. Die Temperatur sank nun sofort zur Norm herab. Am Abend des nächsten Tages jedoch war wiederum Temperaturerhöhung eingetreten; der Verband wurde wieder gewechselt, und wiederum war eine Ansammlung von Flüssigkeit unter den Lappen deutlich nachweisbar. Die in die Stichöffnungen eingelegten Gazestreifen wurden nun entfernt und statt dieser kurze Drains eingeführt. Jetzt erst trat ungestörte Heilung ein. Obwohl dieser eine Fall nach Ansicht des Referenten in keiner Weise als Beweis für den grossen Werth des Magisterium Bismuthi angeführt werden kann, so spricht er doch entschieden zu Gunsten desselben, da in allen übrigen mit demselben behandelten Amputationswunden sofort prima intentio eingetreten war.

Dr. Anders referirt über die von ihm bei ausgiebiger Verwendung des Jodoforms gemachten Erfahrungen im Elisabeth-Kinderhospitale. Zunächst wendet sich Ref. gegen das zu sehr in den Vordergrund tretende Generalisiren eines und desselben antiseptischen Stoffes, und spricht genaueren Indicationen bei Anwendung verschiedener antiseptischer Mittel je nach Alter des Patienten, Art und Localität der Operation das Wort. — Genauer auf die Jodoformirung der Wunden eingehend hat Ref. besonders das frühe Kindesalter im Auge. Seine Erfahrungen zeigen deutlich, dass das Kindes- und speciell das Säuglingsalter eine vorzügliche Toleranz im Gegensatz zu andern antiseptischen Mitteln gegen Jodoform besitzt. Ref. jodoformirte jahrelang ausschliesslich jede Wunde, wobei er dieses Verfahren Monate hindurch an Säuglingen fortzusetzen Gelegenheit hatte. Ein umgekehrtes Verhalten zeigte die Carbolsäure, wo der Gebrauch ausgerungener Carbolschwämme, das Auflegen von Carbolgaze auf die Wunde genügten, toxische Wirkungen in diesem zartesten Alter hervorzurufen. Dem Jodoformgebrauch im Allgemeinen in hohem Maasse das Wort redend, sieht indess Ref. in demselben kein specifisches Mittel gegen tuberculose Affectionen von Gelenken und Knochen. Dem von Dr. Dombrowski und Monastyrski geschilderten Verfahren mit Fortlassung der Drainage zieht Ref. die Drainage der Wunden bei Resectionen tuberculöser Gelenke vor. In Fällen weiter tuberculöser Zerstörung, wo die primäre Naht nach der Resection wegen Zerstörung der Haut nicht ausführbar, tamponirt Ref. zum Zweck der Austrocknung und Entfernung des primären Blutes, die Wunde mit Jodoformgaze, welche nach 2 Mal 24 Stunden entfernt wird; dann folgt der reguläre antiseptische Verband unter ziemlich starkem Drucke nach ausgiebiger Drainage.

Eine Heilung per primam bis auf die Drainstellen gehörte zur Regel. Die Annäherung der das Gelenk bildenden Knochentheile war in keinem Falle eine verzögerte. In Fällen wo das Material für Nahtverschluss vorhanden war, nahm Ref. diesen sogleich nach der Resection bei Anwendung ausgiebiger Drainage vor. Gegen die gegen die Drainage gemachten Einwände hebt Ref. hervor, dass die *Drainage bei antiseptischer Occlusion* kaum Wege für *Einwanderung von Fäulnisserregern* liefern könne und erinnert an Fälle stärkerer Secretion aus den Drains trotz eines die Secretion beschränkenden Verfahrens. Erfolge aber aus den Drains keine Secretion, dann werde die Wundheilung nicht aufgehalten, da unmittelbar nach der Entfernung der Drains der Schluss der Wunde erfolge. Nach Resection tuberculöser Gelenke, speciell des Hüftgelenkes, ergebe auch die Bedeutung der Contraapertur und Drainage in solchen Fällen die Bedeutung freiesten Secretabflusses. Die Drainage gebe weiter ein Mittel in die Hand gegen die so grosse Gefahr der Recidive nach Resection tuberculöser Gelenke vorzugehen. Nach der Resection schwer von Tuberculose befallener Gelenke, solle man nicht, wie es sonst wohl im Sinne der Antiseptik liegt, möglichst selten verbinden, sondern bald nach der Operation und in regelmässigen Intervallen Injectionen von Jodtinctur durch die Drains machen. Ref. sieht bei solchen schweren Fällen in diesem Verfahren den sichersten Weg fistellose Heilung zu erzielen. Dr. Anders spricht sich weiter warm für das Jodoformiren von Wunden an Körperregionen aus, wo eine strenge Occlusion nicht möglich ist, wie bei Operationen an Damm, Mastdarm, Perinäum, und erwähnt zweier Fälle von prima intentio nach sectio lateralis. Dr. A. erinnert zum Schlusse an das Neuber'sche Verfahren, bei welchem von der Drainage Abstand genommen werden kann, nämlich des Anlegens von lochförmigen Oeffnungen in die deckenden Weichtheile zum Zweck des Secretabflusses, eines Verfahrens, das sich ihm bei Ablösung weiter Partien der Kopfschwarte trefflich bewährt hat. Ref. hatte in Laufe der ganzen Zeit trotz ausgiebigen Gebrauches von Jodoform nur 2 Fälle von Intoxication zu verzeichnen.

Dr. chem. Poehl (als Gast) hebt hervor, dass vom biologisch-chemischen Standpuncte aus, man unter der grossen Reihe der Antiseptica antibacteriell und antifermentativ wirkende Substanzen von einander unterscheiden müsse. Er hält es für entschieden rationell bei der antiseptischen Wundbehandlung zwei Antiseptica und zwar immer je eines aus den beiden genannten Gruppen gleichzeitig in Anwendung zu ziehen.

Das Sublimat ist eins der besten antibacteriell wirkenden Mittel, das Magisterium ein kräftiges Antifermentativum. Die austrocknende Wirkung des Magisterium Bismuthi beruht auf der die Peptonisirung, Zerlegung und die hiermit verbundene Verflüssigung geronnener Eiweisskörper verhindernden Eigenschaft desselben. Die Sublimat-Bismuthbehandlung ist somit entschieden wissenschaftlich gerechtfertigt und begründet. Secretair Dr. Lange.

Vermischtes.

— Im Marienhospital werden zu Anfang des März-Monats für Aerzte praktische Curse mit Demonstrationen beginnen und zwar wird der Medicinal-Inspector für die Institutionen der Kaiserin Maria, Dr. Eichwald einen Cursus über Differential-Diagnostik und Prof. Reyher einen Cursus über klinische Chirurgie abhalten. Die Vorlesungen, welche unentgeltlich sind, werden jeden Sonntag stattfinden, — die chirurgischen von 12—2 Uhr, die diagnostischen von 2—4 Uhr. Es können nicht mehr als 50 Zuhörer gleichzeitig an jedem Cursus theilnehmen. Die Meldung zur Theilnahme an den Cursen geschieht im Comptoir des Marienhospitals täglich von 11—3 Uhr.

— In Sysranj ist der dortige Arzt Dr. G. Wodow im 83. Lebensjahre gestorben. Trotz des hohen Alters erfreute sich der Dahingeschiedene bis zu seinem Lebensende einer seltenen körperlichen und geistigen Frische.

— Zum Gehülfen des Oberarztes des hiesigen klinischen Militärhospitals ist Dr. A. Tschesnokow und zum Militär-Medicinalinspector des Warschauer Militärbezirks Dr. Shukowski, bisher Gehülfe des Wilnaer Militär-Medicinalinspectors, ernannt worden. (Russ. Med.)

— In der Sitzung vom 22. Nov. 1883 hat der Militär-Sanitäts-Verein in Helsingfors den Prof. W. Manasseïn zum Ehrenmitgliede erwählt. (Wojenn.-Sanit. D. № 47 und 48).

— Eine Nummer der «Wiener medicinischen Presse» (№ 6) ist neuerdings von der dortigen Behörde confiscirt worden, weil in ihr eine Illustration enthalten war zu einer Mittheilung von Dr. Heitzmann über einen in der Klinik des Prof. Bandl in Wien beobachteten seltenen Fall von vollkommen symmetrischer Perforation der Nymphen nahe ihrem freiem Rande. Auf Einsprache des Redacteurs Prof. Schnitzler ist die Nummer zwar wieder freigegeben worden, jedoch mit der Einschränkung, dass für öffentliche Locale eine besondere Ausgabe ohne die incriminirte Illustration herzustellen sei!

— Die französische Academie des sciences hat ihren Preis von 10,000 Frcs. dem Darsteller flüssigen Sauerstoffs Cailletet verliehen.

— Der von dem Ehepaare Victor Saint-Paul gestiftete Preis im Betrage von 25,000 Frcs für ein unfehlbares Heilmittel gegen die Diphtherie ist in diesem Jahre nicht vergeben worden, sondern nur ein «encouragement» von 500 Frcs. an Dr. Leloir in Paris für eine Arbeit über die Entstehung von Pseudomembranen. (W. m. Bl.)

— Dr. James (Boston) behauptet, dass die Taubstummen weder an Schwindel noch an der Seekrankheit leiden und empfiehlt daher auf Seefahrten die Ohren mit Watte zuzustopfen, um sich gegen die Seekrankheit zu schützen.

— Die *Epidemie des gelben Fiebers*, welche im vorigen Jahre entsetzliche Verheerungen in Mexico angerichtet hat, ist endlich sowohl in Veracruz wie auch an der Küste des stillen Oceans, erloschen. Am meisten haben die Hafenstädte Manzanillo, Mazatlan und Guaymas von d. Seuche gelitten. In letzterem Orte starben durchschnittlich 20 Personen täglich bei einer Bevölkerung von nur ca. 10,000 Köpfen. Auch mehrere Aerzte sind der Seuche erlegen.

— Dr. Andros, der jahrelang unter den Winnebago- und Dacotah-Indianern gelebt hat, erzählt seine Beobachtungen über ihre Volks-Chirurgie und -Medicin im Journ. of the American Med. Association. Vor allen Dingen hebt er, neben ihrer Passion für Aderlässe und Scarificationen, ihre sonstige Messerscheu und den Mangel jeglicher anatomischer Kenntniss hervor. Sie amputiren niemals. Ferner sehen sie streng darauf, dass die Wunden sich nicht zu rasch schliessen. Mehrmals hatte Dr. A. bei penetrirenden Brust- und Bauchhöhlenverletzungen durch Naht prima intentio erzielt. Ein paar Tage später fand er die Patienten zu seinem grössten Erstaunen sterbend wieder. Die einheimischen Heilkünstler hatten die Nähte gelöst und die Eingeweide wieder hervorgezogen. Was die Therapie der inneren Krankheiten betrifft, so ist dieselbe ebenfalls höchst primitiv. Fieberkranke werden zuerst im Dampfbade gehalten, darauf kalt gebadet und sodann zum Schwitzen gebracht. Zugleich trinken sie Abkochungen von Weidenrinde. Nur bei der Dysenterie wenden sie ein Mittel an, das Andros höchst empfehlenswerth und besser wirkend wie alle bisher empfohlenen gefunden hat: ein Decoct aus der Rinde der amerikanischen Sycomore, Platanus occidentalis; ein leichtes Adstringens und mächtiges Diaphoreticum. (Journ. of the Amer. Med. Ass. 1883, № 9.)

—s.

— Bekanntlich werden in Frankreich von allen Seiten, auch unter den Aerzten, Stimmen laut, welche sich gegen die, vom Aufsichtsrath der Hospitäler (der sich aus Vertretern der Stadt und aus Vertretern der Regierung zusammensetzt) beschlossene und in einigen Krankenhäusern bereits eingeführte Laïcisation der Hospitäler erheben. So finden wir in der Gazette des Hôpitaux vom 1. Nov. einen Brief von Dr. Desprès, Chirurg an der Charité, in welchem er sich an den Seinepräfecten wendet und ihn auffordert, von seinem Rechte Gebrauch zu machen und die nächstens im Hospital Necker zur Ausführung gelangende Maassregel zu verhindern. Er nennt die

Laïcisation einen Act der Verrücktheit, wie ihn der Municipalrath schon mehrfach einigen Theoretikern und Politikern zu Liebe begangen, und erinnert an die bösen Folgen, die sich bereits trotz des kurzen Zeitraums bemerklich gemacht haben; unter Anderem an einen Fall aus dem Hospital Tenon, der sich vor Gericht abspielte und in dem fahrlässige Tödtung eines Kranken durch eine solche unbewanderte gemiethete Krankenpflegerin constatirt wurde. Auch ein Dr. Ferrand, der an einem seit 5 Jahren laïcisirten Krankenhause dient, kann darüber nichts Gutes berichten; nach ihm erwächst der Hauptschaden für die Kranken aus dem ungemein häufigen Wechsel, der sich unter dem Wartepersonal vollzieht. —s.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 26. Februar 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3162	1871	5033
Kinderhospitäler	146	179	325
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd., exanth., rec.)	310	170	480
Scharlach	23	41	64
Pocken	8	5	13
Venerische Krankheiten	526	422	948

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 19. bis 25. Februar 1884 besucht von 2250 Kranken, darunter zum ersten Mal von 897.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 19. bis 26. Febr. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
410	350	760	158	69	113	19	13	32	86	63	77	50	47	23	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 19, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 38, Scharlach 20, Diphtherie 18, Croup 2, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 30, andere Gehirnkrankheiten 34, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 35, acute Entzündung der Athmungsorgane 102, Lungenschwindsucht 147, andere Krankheiten der Brusthöhle 17, Gastro-intestinal-Krankheiten 120, andere Krankheiten der Bauchhöhle 29, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 49, Marasmus senilis 26, Cachexia 23.

— Tod durch Zufall 3, Selbstmord 1, Mord 1.

— Andere Ursachen 10.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	3—9 Februar	181 732	95	11	27,2	11,5	41,1
Kopenhagen	6—12 Febr.	267 000	106	13	20,6	12,3	35,1
Berlin	10—16 Febr.	1 225 065	515	75	21,9	14,6	38,5
Wien	10—16 Febr.	759 849	393	34	26,9	8,7	34,4
Brüssel	3—9 Februar	166 351	82	4	25,0	4,8	39,4
Paris	8—14 Febr.	2 239 928	1114	138	25,9	12,4	31,3
London	10—16 Febr.	4 019 361	1528	230	19,8	15,0	34,3
St. Petersburg	17—23 Februar.	928 016	662	109	34,9	16,5	29,4

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. März 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. März 1884.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 1 Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 10 Kop. oder 20 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. **an** die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 10. St. Petersburg, 10. (22.) März 1884.

Zwei Fälle von acquirirter Stenose des Pulmonalostiums.

(Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga.)

Mitgetheilt von
Dr. H. Krannhals,
Prosector.

(Schluss.)

Bedeutend häufiger als acute ulcerative Processe werden chronische Klappenfehler des Ost arterios. dxt. angetroffen, wenn auch immerhin selten im Vergleich zu den anderen Ostien. Ich erlaube mir in dieser Beziehung kurz über den folgenden Fall zu referiren.

II. Stenos. ost. arterios. dxt. acquisit.

Caroline Nuth, Dienstmagd 19. a. n. aufg. den 12. Febr., gestorben den 27. Octob. 1880. Pat. früher stets gesund gewesen, hat vor 3 Jahren an Gelenkrheumatismus gelitten; einige Zeit darauf stellte sich Herzklopfen ein, vor 2 Jahren begann der Unterleib zu schwellen, seit der Zeit Sistiren der Menses, gewisse Kurzathmigkeit, geringfügiger Husten, keine Schmerzen, Appetit, Stuhl stets gut.

Pat. ist klein von Wuchs, gracilem Körperbau und reducirtem Ernährungszustande, das Abdomen ist aufgetrieben, die vordere linke Brusthälfte im oberen Theile stärker gewölbt als die rechte, die unteren Extremitäten cyanotisch und leicht ödematös. Die Untersuchung des *Abdomens* ergiebt: Ascites, Verdrängung des Zwerchfells nach oben, so dass vorne die Dämpfung an der 4., hinten an der 8. Rippe beginnt, keine Druckempfindlichkeit; die Leber überragt den Rippenrand um ca. 4 Fingerbreiten, ist deutlich palpabel, hart, beweglich; deutlicher Leberpuls; Milzvergrösserung nicht nachweisbar; Harn saturirt, eiweissfrei. — Am *Thorax* sind links im 2. und 3. ICR Vibrationen deutlich sichtbar und fühlbar, der Spitzenstoss diffus und schwach im 4 ICR. Die linke Ven. jugular. pulsirt, die rechte ist deutlich geschwellt. Pulsation unabhängig von den Carotiden. Die Herzdämpfung beginnt an der Clavicula und geht nach unten in die durch den Ascites bedingte Dämpfung des Abdomens über, sie überragt den rechten Sternalrand von der 3. Rippe nach abwärts um 3 Cm. und geht über die linke Mamillarlinie hinaus. An der Spitze ist ein lautes systolisches und ein schwaches diastolisches Geräusch hörbar, mehr nach oben verstärkt sich das erstere noch um etwas, während das diastolische sich verliert. Im 2. linken ICR befindet sich das Punctum max. des systol. Geräusches und hört man hier daneben noch einen lauten ersten Klappenton sowie den verstärkten 2. Pulmonalton. Auf dem Sternum und an der Aorta sind zwei reine Töne, die Geräusche nur schwach und dumpf hörbar, letztere auch über den Clavikeln und den Carotiden. Der Radialpuls ist links schwächer als rechts, der Cruralpuls kaum stärker als dieser — klein, weich, regelmässig (90). Die Diagnose (Dr. Hampeln) lautete: *Insufficiens der Mitralis mit Verdrängung des Herzens nach oben links; relative Insufficienz der Tricuspidalis.*

Pat. brachte 8 Monate im Krankenhause zu. Die Hauptbeschwerden wurden durch den hochgradigen Ascites hervorgerufen, das Abdomen wurde im Ganzen 10 Mal punctirt. Irgendwelche Veränderungen der auscultatorischen und percutorischen Erscheinungen am Herzen traten nicht ein. Am 27. Oct. starb Pat. Das Sectionsprotokoll ist leider abhanden gekommen und muss ich mich daher auf die Beschreibung des in unserer Sammlung aufbewahrten Herzens beschränken.

Das Herz ist an der Basis 10 Cm. breit, 9,5 Cm. lang und misst 3,3 Ctm. im Dickendurchmesser; seine Spitze wird von dem stark hypertrophirten rechten Ventrikel gebildet; die Muskulatur desselben misst (ohne die Trabekeln) an der Basis 8 Mm., in der Mitte zwischen Basis und Spitze 10 Mm. an der letzteren 5 Mm. Rechnet man die Trabekeln mit, so kommen noch 5—7 Mm. hinzu. Die Dicke des linken Ventrikels beträgt 15, 8, und 5 Mm. ohne die Trabekeln. Diese sind am *rechten* Ventrikel zu stark vorspringenden rundlichen Wülsten hypertrophirt, links bedeutend flacher. Das Ost. art. sin. (5,0 Ctm. im Umfang) ist vollkommen normal, die Aortenklappen zart, das Gefässrohr 3 Ctm. über den Klappen 5,5 Ctm. im Umfang. Ebenso bieten das Ost. venos. sin. (5,5 Ctm.) und die beiden Segel der Mitralis nichts Abnormes dar. Das Ost. venos. dext. misst 7,0 Ctm. im Umfang, die Zipfel der Tricuspidalis reichen jedoch zu seinem Verschlusse hin. Das Ost. arterios. dextr. zeigt statt der 3 Pulmonalklappensegel ein mit seiner Convexität nach oben, dem Gefässrohre zu sehendes kuppelförmiges Diaphragma, welches auf seiner Höhe von einer kreisrunden Oeffnung durchbohrt ist. Diese Oeffnung misst 4 Mm. im Durchmesser, 22—23 Mm. im Umfang; während der Umfang des Ost. art. dext. normaler Weise 53—55 Mm. betragen hätte, in welchem Maasse wir zugleich den Umfang der Basis jener Kuppel haben. Die Arter. pulm. über dem Diaphragma ist dilatirt (7,0 Cm. Umf.). Die fötalen Wege — Duct. art. Bot., Foramen ovale — sind geschlossen, das Septum ventric. vollkommen intact. Das kuppelförmige Diaphragma wird durch die drei miteinander verwachsenen Pulmonalklappen gebildet. Denkt man sich die bei geschlossenem Ostium mit ihren freien Rändern einander berührenden Segel in der Weise mit einander verwachsen, dass nur das Centrum jenes dreistrahligen Spaltes freigeblieben, dieses Diaphragma sodann von unten (vom Ventrikel) her nach oben (zum Gefässrohr hin) kuppelartig vorgebaucht und den Rest des dreistrahligen Spaltes zu einem kreisrunden Loche umgeformt, so gewinnt man eine richtige Vorstellung von den in vorliegendem Präparate bestehenden Verhältnissen. Die Kuppel zeigt von unten her betrachtet drei secundäre Ausbuckelungen — je eine an jedem Segel und entsprechend den drei Sinus Valsalvae. Die im normalen Zustande von diesen und den

oberen Flächen der Segel gebildeten Taschen sind in enge Spalten verwandelt, die von einander durch die derb verwachsenen Klappen getrennt werden. Misst man die Höhe der Kuppel vom Grunde dieser Spalträume aus so beträgt sie 15 Mm., während ihr eigentlich freier Theil nur 7 Mm. Höhe besitzt. Die Wandungen der Kuppel bestehen aus recht derbem Gewebe, sie sind überall glatt ohne Excrescenzen oder Auflagerungen und haben ihre grösste Dicke (1 Mm.) an der Basis, während der Rand des kreisrunden Loches zugeschärft ist.

Die Frage, ob man es in dem vorliegendem Falle mit einem angeborenen oder einem acquirirten Klappenfehler des rechten Herzens zu thun hat, glaube ich in letzterem Sinne entscheiden zu müssen. Pat., die *früher stets gesund* gewesen, hat ca. 4 Jahre vor ihrem Tode einen *Gelenkrheumatismus* durchgemacht. *Seit dieser Zeit* datiren ihre Beschwerden. An dem mir vorliegenden Präparate sind die sog. fötalen Wege geschlossen und finden sich auch keine sonstigen Anomalien des Herzens. Das Lumen der Art. pulmonal. jenseits der Verengerung ist dilatirt, «als allgemeine Regel kann aber gelten, dass sie bei angeborener Stenose eng, bei erworbener normal oder selbst weiter ist» (Rosenstein, Ziemssen's Hdb.)

Unter abermaligem Hinweis auf die citirte Arbeit von Mayer seien aus der späteren Literatur erwähnt die Veröffentlichungen von Duguet und Landouzy (Virchow-Hirsch, Jahresb. f. 1879 II pag. 132), Peacock (ibid. pag. 134), etwas zweifelhafter Fall. Finlay (ibid. p. 139), vom Verfasser als congenital hingestellt, der congenitale Charakter jedoch nicht erwiesen (Ref. Ebstein). Barlow (ibid. pag. 140), sehr ähnlich dem eben beschriebenen Fall, zweifelhaft, doch wahrscheinlich congenital, da ein 4-jähriges Mädchen mit Cyanose, kolbigen Fingerenden betreffend, das Foramen ovale offen, das Septum allerdings geschlossen war. Duguet (Jahresb. für 1882) 35 j. Frau, Gelenkrheumatismus vor 10 Jahren, Stenose sämmtlicher Ostien mit Ausnahme des Ost. art. sinistr. Moore (Jahresb. p. 1881. II. pag. 128) zottige Wucherungen an den Pulmonalklappen eines 16 j. Knaben. Moore (ibid. 1881 II pag. 123), Saint-Philippe (ibid.). Wising (ibid. pag. 144). 17 j. Mädchen. Kurzathmigkeit, Cyanose, Phthisis. An Stelle der Valv. semilunar. ein nach aufwärts convexes Diaphragma, in der Mitte von einer ovalen Bleistift-dicken Oeffnung perforirt, an der Oberfläche des Diaphragma drei erhöhte Streifen, stecknadelkopfgrosse Excrescenzen an der oberen Fläche, einige kleinere an der unteren Fläche des Diaphragma.

Auch dieser letzterwähnte Fall ist dem meinigen überaus ähnlich. Er wird von dem Verf. als *congenital* bezeichnet. Dass zwei Präparate, von denen das eine eine congenitale, das andere eine acquirirte Stenose darstellt, sich überaus ähnlich sehen können, wird Niemand bestreiten. Mir ist der von Wising mitgetheilte Fall nur aus dem Referate bekannt. Ich glaube in dem meinigen besonders die Angabe eines Gelenkrheumatismus und das Datiren der Herzbeschwerden *seit diesem* bei *früherem* Wohlbefinden der Pat. betonen zu müssen.

Aus gerichtlich-medicinischem Gebiete

von

Dr. H. Pohl.
(Moskau.)

Am 19. Januar Abends wurde ich in die Wohnung des Hrn. Lissanewitsch in der Twer'schen Strasse in Moskau gerufen um dem 18 jährigen Dienstmädchen ärztliche Hülfe zu leisten, welches seit dem 17. am «Unterleibe» erkrankt sei. Eines der Dienstmädchen des Hrn. L., in den mittleren Jahren stehend, führte mich in das Zimmer, wo ich die Kranke im Bette fand. Auf meine Frage, worüber sie zu klagen habe, antwortete sie nur mit einem Blick; da ich annahm, die Patientin genire sich in Gegenwart der anderen Magd zu antworten, führte ich letztere aus dem Zimmer und schloss hinter ihr die Thür. Auf meine erneuerte Frage erhielt ich dann folgende Antwort: sie sei ledig, liege den 3. Tag zu Bett und leide an Blutung aus den Genitalien; die Menses seien stets regelmässig gewesen, in den letzten 9—10 Monaten aber gar nicht eingetreten, wobei sie sich aber völlig wohl gefühlt habe; der Leib habe sich nicht vergrössert, eine Geschwulst habe sie in ihm nicht bemerkt, auch habe sich nichts in ihm bewegt; alle Functionen seien bis zur Erkrankung normal gewesen; vor 3 Tagen, d. h. am 17. Januar seien Schmerzen im Leibe aufgetreten und ein Blutklumpen sei abgegangen. Schwangerschaft stellte Patientin mit Entschiedenheit in Abrede.

Stat. praes.: Pat., Elisabeth Nikolajewna Okunewa, ist 18 J. alt, von kräftigem Körperbau und gut entwickeltem Knochen- und Muskelsystem, mässigem Fettpolster, blond mit blauen Augen; die Haut etwas trocken und heiss, die Wangen etwas geröthet, Respiration oberflächlich und beschleunigt (32 in d. Min.), Zunge trocken, Durst mässig, Schleimhaut der Lippen und Conjunctivae blassroth, Puls schwach, macht 100 Schläge in der Minute; am Herzen ein systolisches Geräusch wahrzunehmen, in den Jugularvenen schwaches Sausen, Untersuchung des Thorax giebt negativen Befund. Bei der äusseren Untersuchung des Leibes findet man 4 Querfinger weit oberhalb der Symphyse einen harten, kugelförmigen, ohne besonderen Schmerz nach rechts und links etwas beweglichen Körper, wird aber ein Druck ausgeübt so empfindet Pat. Schmerz. Die grossen Labien stark geschwollen, aus den Genitalien fliesst eine blutig-eitrige Flüssigkeit. Die Vaginaluntersuchung ergiebt: Der Introitus vaginae auf 3 Querfinger erweitert, die Scheidenschleimhaut aufgelockert, mit einer schleimigen Flüssigkeit bedeckt; Temperatur der Scheide stark erhöht; bei bimanueller Untersuchung findet man einen weichen, schwammigen Körper, der auf Druck Blut ergiesst; derselbe ist umgeben von der auf 4 Querfinger erweiterten, aufgelockerten Cervix uteri; meine Behauptung, dass sie offenbar kürzlich geboren habe, wurde zurückgewiesen. Mit Hülfe des Credé'schen Handgriffes wurde dieser weiche, schwammige Körper herausbefördert; es war die Placenta, etwa 2 Pfd. schwer, einen widerlich-fauligen Geruch verbreitend; die Eihäute boten nichts Besonderes dar. An der Placenta hing ein etwa 2 Werschok langes Stück der etwa daumendicken Nabelschnur, deren freies Ende schräg abgeschnitten zu sein schien. Nichtsdestoweniger und ungeachtet der unzweifelhaften, von mir zu Tage geförderten Beweise, stellte Pat. eine stattgehabte Geburt entschieden in Abrede, und ihre Umgebung wusste ebenfalls nichts davon ob eine Geburt stattgefunden oder nicht, meinte sogar das wäre nicht der Fall gewesen da Pat. keinen Schritt aus dem Zimmer gethan. — Da Pat. die Geburt leugnete, die Umgebung nichts davon wusste, andererseits aber die Geburt unzweifelhaft stattgefunden hatte, drängte sich die Frage auf, wo ist das neugeborene Kind geblieben? In der Annahme, dass hier ein Verbrechen verborgen werden sollte, machte ich persönlich die Anzeige bei der Polizei; der dienstthuende Polizei-Officier stellte die Voruntersuchung an, welche nichts Neues ergab. Aus der Umgebung der Kranken hatte Niemand eine Schwangerschaft geargwöhnt und Alle bezeugten, sie sei ein bescheidenes und gutes Mädchen gewesen. Da Pat. seit dem Moment ihrer Erkrankung das Zimmer nicht verlassen haben sollte, so nahm die Polizei eine Durchsuchung des Zimmers vor und fand schliesslich in der verschlossenen Kommode den Körper eines neugeborenen Kindes männlichen Geschlechts. — Jetzt endlich entschloss sich die Okunewa zu einem Geständniss und gab folgende Erklärung ab. Sie habe nicht geglaubt schwanger zu sein und sich wegen des Ausbleibens der Menses nicht beunruhigt; am 17. Jan. begann sie starke Schmerzen im Leibe und im Kreuze zu empfinden, doch fuhr sie fort ihre Arbeit zu verrichten, entkleidete Abends ihre Herrin und brachte sie zu Bett. Danach legte sie sich selbst ins Bett wegen der stets heftiger werdenden Schmerzen, konnte es aber im Bett nicht aushalten und begann zu «kreisen», indem sie bald umherging, bald sich setzte, überhaupt be-

müht war eine Lage aufzufinden in welcher die unerträglichen Schmerzen sich ermässigten; endlich, während sie dastand und sich mit dem Ellbogen auf die Bettlehne aufgestützt hatte, fühlte sie während eines schrecklichen Schmerzes der sie zum Aufschreien zwang, dass ihr aus den Geschlechtstheilen etwas Schweres heraus und zu Boden fiel, wonach sie selbt die Besinnung verlor, von einem Schreien des Kindes nichts gehört hat und nicht weiss ob es lebend oder todt geboren worden. Als sie wieder zu sich gekommen erblickte sie das todte Kind und erschrak heftig indem sie die Sachlage vollständig begriff. Theils aus Scham, theils aus Furcht ihren Dienst zu verlieren, verbarg sie das Kind in der Kommode um es bei Gelegenheit in den Abtritt zu werfen. Die Okunewa wurde verhaftet und in Berücksichtigung ihrer ernsten Erkrankung in das Gefängniss-Lazareth gebracht.

Bei der Besichtigung des kindlichen Körpers fanden sich keinerlei äussere Verletzungen, weder Schrammen noch Sugillationen, während das Kind offenbar ein ausgetragenes war. Am 24. Jan. machte unser verehrter Prof. J. Neyding die Obduction des in der Kommode gefundenen Kindes welcher ich beiwohnte und deren Protokoll ich hier auszugsweise mittheile.

Leiche eines männlichen, grossen Kindes von kräftigem Körperbau. Gemäss der Entwickelung der Nägel, der Ohr- und Nasenknorpel, der Kopfhaare, Lanugo, Vernix caseosa, der Entwickelung und Symmetrie der Gliedmaassen, der Insertionsstelle des Nabelstranges, dem Zustande der Augen (Abwesenheit der Membr. pupillar.), der Ossificationspuncte der Femora bei Untersuchung des Kniegelenkes — lässt sich die volle Reife der Frucht constatiren. Weder die äussere Besichtigung noch ein längs der Wirbelsäule geführter tiefer Einschnitt ergiebt irgend welche Verletzungen. Nach Eröffnung der Leibeshöhle wird durch die Darm-, Magen- und Lungenprobe auf das Deutlichste bewiesen, dass das Kind nach der Geburt gelebt und geathmet habe. Die Lungen schwammen auf dem Wasser; nachdem dieselben in kleine Stücke zerschnitten und aus letzteren die Luft ausgedrückt worden, blieb doch die weit überwiegende Mehrzahl derselben schwimmfähig. Die Lungen knistern beim Schneiden und entleeren auf Druck eine schaumige, hellrothe Flüssigkeit. In den Herzhöhlen dunkele Flüssigkeit, ebenso in der Pulmonalis und Aorta. Ductus Botalli und Foramen ovale offen. Die Fontanellen nicht verletzt, ebensowenig die Schädelknochen; aut den Scheitelbeinen aber bemerkt man eine runde, etwa nussgrosse Impression quer über der Pfeilnaht stehend. Bei Eröffnung der Schädelhöhle zeigt sich das Gehirn bedeckt von einer zusammenhängenden flüssigen, dunklen, blutigen Masse; die Knochen der Schädelbasis unverletzt.

Die Resultate der Obduction zusammenfassend gab Prof. Neyding folgendes Resumé: 1. Das Kind männlichen Geschlechts ist völlig reif, gut entwickelt, rechtzeitig geboren, lebensfähig und hat nach der Geburt geathmet; 2. der Tod ist eingetreten in Folge von Bluterguss in die Schädelhöhle, welcher bedingt wurde durch gewaltsames Eindrücken der Scheitelbeine. — Darauf gab Prof. N. sein gericht-ärztliches Gutachten dahin ab, dass

in Anbetracht gänzlicher Abwesenheit einer Blut-Geschwulst des Schädels und aller Zeichen von aussen oder innen wirkender Gewalt, die Möglichkeit, der Bluterguss in der Schädelhöhle sei eine Folge schwerer Geburt, oder die Mutter habe absichtlich einen Mord vollführt, verneint werden müsse; denn letztere, unter dem Einfluss des Schrecks und des soeben erduldeten heftigen Schmerzes, hätte bei Verübung des Verbrechens mit zitternder Hand sicherlich nicht die Gewalt des Schlages so ganau abmessen können, dass sie nicht gleichzeitig auch Verletzungen der äusseren Haut bewirkt hätte, welche aber nicht zu finden sind. Demgemäss ist der Angabe der Wöchnerin, sie habe im Stehen geboren, Glauben zu schenken; das Kind konnte auf den Fussboden fallen und dabei die Impression davontragen, trotzdem aber zwei Mal schreien, was zur Füllung der Lungen mit Luft genügte, und danach in Folge des Blutergusses in die Schädelhöhle absterben. Die Wöchnerin konnte das Bewusstsein verlieren und den Schrei des Kindes nicht hören. Wenn Erstgebärende unter den günstigsten äusseren Umständen beim Durchschneiden des Kopfes das Bewusstsein verlieren und sogar in einen maniakalischen Zustand gerathen können, so konnte Verlust des Bewusstseins doch um so eher bei der Okunewa eintreten, die ohne Beistand unter dem Einflusse des Schmerzes und des Schreckens stand.

Referate.

Friedrich Schatz: Ueber die Zerreissungen des muskulösen Beckenbodens bei der Geburt. (Archiv für Gynäkologie. XXII Band, 2 Heft, 1883).

Die Risse des muskulösen Beckenbodens, des Beckendiaphragmas, sind noch nicht genügend gewürdigt worden, zum Theil deshalb, weil das Thema der Dammrisse, welche einestheils leichter erkennbar, anderentheils oft mit Rissen des Beckenbodens verbunden sind, die Frage der letzteren ganz überwuchert hat. Und doch ist das Beckendiaphragma für die Aetiologie der Dislocationen der Beckeneingeweide weit wichtiger als der Damm. Man kann genügend pathologische Fälle sehen, wo trotz völlig zerrissenen Dammes, bis in den Mastdarm hinein, kein Prolapsus oder Descensus eingetreten ist, wenn nur der muskulöse Beckenboden erhalten blieb; letzteres erkennt man daran, dass die Afterspalte genügend tief eingezogen und der wenn auch zerrissene After vom Levator ani straff gegen die Harnröhre nach vorn gehoben ist. Im Gegensatz dazu, und zudem in ungleich grösserer Zahl, finden sich Fälle, wo ein intacter und oft sehr mässiger Damm den Prolaps oder Descensus nicht aufhalten konnte. Wie schlecht in solchen Fällen der Beckenboden seine Pflicht thut, erkennt man daran, dass auch bei Rückenlage der Frau die Afterspalte ausgeglichen oder wenigstens viel flacher ist. Der After wird nicht genügend nach vorn gezogen, der Beckeneingang nicht genügend verschlossen. Am wichtigsten unter den Rissen des Beckenbodens sind diejenigen der vorderen Partie desselben, des Levator ani. Er reisst auch am öftesten, weil er das engste Lumen hat und sich am weitesten dehnen muss. Auch Insulten, z. B. der Zange, ist er am meisten ausgesetzt. Verf. theilt die Levatorrisse in hintere, seitliche und vordere ein. Die seitlichen sind die seltensten, werden meist durch die Zange erzeugt, die hinteren sind die häufigsten, ihnen stehen die vorderen an Häufigkeit wenig nach. Die Risse des Beckensbodens sind nicht immer die Fortsetzung von Scheiden- oder Dammrissen, und daher durchaus nicht immer offen,— die Risse des hinteren und mittleren Systems sogar nur ausnahmsweise. Oft genug reissen Scheide und Levator ani, jene aber an einer anderen Stelle als dieser, und der Levatorriss bleibt somit subcutan, oder vielmehr subvaginal. Besonders oft ist die Abquetschung des Muskels von seinem vorderen Ansatze nicht mit Scheidenriss der betreffenden Stelle verbunden.

Die Diagnose der *frischen* Levatorrisse ist recht schwer, während sie einige Zeit nach der Geburt für den mit der Construction des normalen Beckenbodens Vertrauten leicht ist, sowie der übrig gebliebene Muskel seinen Tonus wieder erlangt hat. Die Spannung des Beckenbodens ist gering, der After wird seicht, die Vulva, — auch bei erhaltenem Damm, — lang und weit.

Die Prophylaxe besteht bei älteren Gebärenden in Bädern, Irrigationen, welche die Succulenz erhöhen sollen. Ferner unter der Geburt in präparatorischer Dehnung mittelst zweier in die Vagina eingeführter Finger. Natürlich soll der Kopf möglichst langsam durch den Levator durchtreten. Ferner soll zur Vermeidung der vorderen Risse das Eindrücken des Kopfes in den Schambogen beim Schützen des Damms nicht übertrieben werden. Die Zange endlich soll möglichst quer angelegt, oder wenn sie schräg liegt, öfters gelüftet, und wieder quer angelegt werden.

Die Therapie der frischen hinten und seitlich liegenden, mit Scheidenrissen communicirenden Risse ist einfach: Naht, die etwa 2 Wochen liegen zu bleiben hat. Bei den vorderen Rissen kann man aber, auch wenn communicirender Scheidenriss vorhanden ist, wohl den Muskel fassen, nicht aber das Periost, von dem derselbe abgerissen ist. Hier bleibt nichts übrig, als den Muskel an die benachbarte Scheidenhaut anzunähen, wobei man aber nur mangelhafte Resultate erhält. Die subvaginalen Risse entziehen sich nach der Geburt schon desshalb der Therapie, weil sie schwer zu entdecken sind. Nach dem Puerperium hat Verf. die hinteren und seitlichen Risse in der Weise operirt, dass er das überflüssige Scheidenmaterial fortnahm, und mit tiefen Nähten die abgerissenen Muskelenden einander näherte und vereinigte. Den vorderen Rissen steht man auch nach dem Puerperium machtlos gegenüber. Die Hodgeschen Pessarien sind in solchen Fällen auch nicht zu brauchen, da sie ihre Stütze auf dem Levator finden sollen; in solchen Fällen leisten die concav-convexen, sogenannten «Schalenpessarien» oft noch sehr gute Dienste.

S—t.

M. Ispolatowskaja: Perimetritis dissecans post partum. Necrosis uteri. (Wratsch № 6).

Bisher sind nur wenige Fälle von Ausstossung des Uterus in Folge von Metritis dissecans bekannt, Noeggerath beschrieb einen Fall, Garrigues — 6, und Ssyromätnikow — 1.

Der vorliegende, auf der Prof. Slawjanski'schen Klinik beobachtete Fall weicht jedoch nicht unwesentlich von den beschriebenen ab.

Am 27. Juni wurde eine 26 jährige Bäuerin aufgenommen mit der Diagnose Endometritis sub partu. Conjugata vera 8 Ctm. Am Uterus ein leichter Constrictionsring (Bandl) nachweisbar. Am Tage nach der Aufnahme wurde Perforation des vorliegenden Kopfes gemacht und der kleine Cranioclast angelegt. Die Operation dauerte 1 Stunde. Die Placenta kam ohne Hülfe 10 Minuten darauf heraus. Die Uterushöhle mit 2 %iger Carbolsäurelösung ausgespült. Am 2. Juli wird der Ausfluss stark übelriechend, der Uterus sehr empfindlich. Das Fieber steigt am 5. Juli bis 39,9°. Aus der Uterinhöhle entleeren sich gangränöse Fetzen.

Am 12. Juli findet man das ausgesprochene Bild einer Pelvio-Peritonitis, die nur allmälig abnimmt. Am 26. Juli Abends fand man in der Vagina eine aus dem Collum uteri herausragende Geschwulstmasse, die sich leicht extrahiren liess. Sie war 26 Ctm. lang, 12 resp. 9 Ctm. breit und oben 1,8 Ctm., in der Mitte 1 Ctm. und unten 6 Mm. dick. Schon makroskopisch entsprach das Gewebe dieser Geschwulst dem des Uterus und konnte es durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt werden, dass die ausgestossene Masse in der That dem Uterus angehört. Sofort nach der Ausstossung wurde die Schwellung des Unterleibes geringer. Am 7. Tage nach Ausstossung der Uterusmasse gingen per Vaginam Kothmassen ab, es hatte sich offenbar zwischen der gewesenen Uterushöhle und einer Dünndarmschlinge eine Communication gebildet und erst am 51. Tage nach der Ausstossung erfolgt wieder ein kleiner Stuhl per Rectum, jedoch erst Anfang October hat sich die Fistel zwischen Darm und Uterushöhle völlig geschlossen. Bei der Untersuchung lässt sich kein Corpus uteri finden, die Vagina im oberen Theile narbig contrahirt, d. Os uteri vorhanden. Patientin verlässt die Klinik in gutem Ernährungszustande als Genesene.

Wir haben es im vorliegenden Falle mit einer Necrose des Uterus zu thun. Die Entstehung sucht die Vf. in dem Umstande, dass der Kopf des Kindes lange im Beckenausgange stehend, einen bedeutenden Druck auf das untere Segment des Uterus ausgeübt hat, der zur Mortification führte. P.

J. M. Lwow: Millefolium — ein Mittel gegen Fluor albus. (Med. West. 1884, № 1).

Verf. wendet seit anderthalb Jahren bei Fluor albus ein Volksmittel an, die Summitates et flores Millefolii (2 Mal täglich eine Tasse voll bei Kindern, 2—3 bei Erwachsenen, als Thee). Er berichtet über 34 Fälle von verschieden langer Krankheitsdauer (einige Tage bis ein Jahr und mehr). Darunter 20 Kinder von 7—15 Jahren und 7 Mädchen von 15—20 Jahren, alles einfache catarrh. Entzündungen der Vagina, weiter 7 verheirathete Frauen von 20—30, wovon 3 eine Colpitis gonorrh. et Urethrit. gonorrh. hatten, die anderen 4 an Colpitis catarrhal. in Folge von häufigen Geburten und Excessen in coitu litten.

Die Erfolge bei den Kindern und jungen Mädchen waren durchweg gut. In 2—4 Tagen, in den hartnäckigeren, ein Jahr dauernden Fällen in 7—10 Tagen schwand der Fluor albus. Bei den Frauen mit catarrh. Colpitis war der Erfolg fast eben so gut und richtete sich nach der Dauer der Krankheit. Auf die gonorrhoische Form hatte das Mittel nicht den geringsten Einfluss. N.

Prof. J. Arnold: Ueber Kern- u. Zelltheilung bei acuter Hyperplasie der Lymphdrüsen u. Milz. (Virchow's Arch. Bd. 95. S. 46.)

Arnold beschreibt die Kernfiguren aus Lymphdrüsen und Milztumoren von Personen, die an Typhus, Scharlach, Diphtherie etc. verstorben waren. Er unterscheidet eine *indirecte Segmentirung*, bei welcher die Kerne in gleiche Segmente mit regelmässig sich begrenzenden Theilungsflächen zerlegt werden, und eine *indirecte Fragmentirung*, bei welcher eine mehr unregelmässige Zerschnürung der Kernfigur in zwei oder häufiger mehrere, gewöhnlich ungleiche Theile erfolgt. β.

A. Selenkow: Ein Fall von Arhinencephalia unilateralis bei einem erwachsenen Manne. (Virchow's Arch. Bd. 95. S. 95).

Bei der Aufnahme ins Hospital zeigte der 34 jährige Patient, ein finnischer Bauer, folgende Anomalien der Gesichtsbildung. Die rechte Nasenhälfte durch ein vom innern obern Rande der Orbita herabhängendes, weiches, rüsselförmiges Gebilde ersetzt, welches durch die am untern abgestumpften Ende vorhandene Oeffnung bis zur Wurzel für eine feine Sonde durchgängig ist und bei Druck eine dünne schleimige Flüssigkeit mit Luftblasen ausströmen lässt. Augenlider rechts nicht schlussfähig, am untern leichtes Ektropion; beständiges Thränenträufeln. — Durch die Section des im Hospital verstorbenen Kranken wurde dann ferner ermittelt: Vollständige Scheidung der beiden Grosshirnhemisphären, aber nur rudimentäre Entwicklung des rechten Bulbus olfactorius, in Form eines vielleicht 1 Cm. langen Fortsatzes der entsprechenden Stelle; desgl. Mangel des rechten N. olfactorius. Bei der Untersuchung des Schädels ergab sich, dass auf der rechten Seite fehlten: das Os ethmoidale, die Stirnhöhle, das Nasenbein, die Nasenhöhle, der Canalis nasolacrymalis, die Highmorshöhle, welche durch Knochengewebe mit vorn eingelagertem Knorpel ersetzt waren, der Vomer und der Zwischenkiefer. β.

Trelat: Mal perforant spinalen Ursprunges bei einer Frau. (Gaz. des Hôpitaux. № 147, 1883).

Trelat hat das Uebel bei einer Frau beobachtet, welche bereits seit längerer Zeit an einer leichten Form von Tabes dorsalis litt. Das Ulcus perforans sass am Ballen der grossen Zehe rechterseits. Im Grunde lag der entblösste Knochen. Vor 17 Jahren hatte dieselbe Frau ein ähnliches Geschwür am linken Fusse gehabt, welcher schon damals anästhetisch war; zugleich bestand Pemphigus auf beiden Unterschenkeln, welcher jedoch bald abheilte. Auch das Geschwür links vernarbte vollständig. Die gewöhnlichen Ursachen für das Zustandekommen solcher perforirenden Geschwüre, wie Erkältung, Durchnässung, Druck ausgehend von einem Clavus etc. liessen sich im vorliegenden Falle nicht nachweisen, desshalb ist Trelat geneigt den Grund in einer Affection der trophischen Nerven zu suchen. —s.

H. Reinhold: Ein Beitrag zur Casuistik der Verletzungen der Hirnsinus. (Deutsche Zeitsch. f. Chirurg. Bd. XIX. Hft. 4 und 5).

Ein kräftig gebauter Mann hatte mit einem Bierglase Schläge auf den Schädel bekommen, er war 2½ St. bewusstlos. Es wurde ein Glassplitter zwischen den deprimirten Knochenstücken auf dem Scheitel entfernt; in der Nacht abermalige heftige Blutung, Trepanation zur Entfernung der Knochenstücke und eingeklemmten Haare. Der Sinus longitudinalis war in seiner Längsrichtung auf 1½ Cent. eingerissen, mehr nach vorne noch ein kleines Loch in demselben. Ueberaus heftige Blutung, die auf Compression nicht steht, Pat. collabirt, es werden vier Schieberpincetten seitlich an die Sinuswandung gelegt, die Blutung aus dem vorderen Loch wird noch stärker, es wird unter den vorragenden Knochenrand ein Krüllgazepfropf geschoben und die Wunde unter starker Compression verbunden. Die vier Pincetten blieben liegen, da eine Unterbindung wegen Starrheit der Sinuswandungen nicht gelang. Die Blutung steht. Am nächsten Tage Krampfanfälle und beginnende Anästhesie und Paralyse der Beine, am 3. Tage sind sie vollständig gelähmt. Als nun der Verband theilweise gewechselt und weniger fest angelegt wird, lassen die Lähmungen nach. 12 Tage post. oper. werden die Pincetten entfernt, nach weiteren 2 Wochen kann Pat. ohne Stock gehen, schleppt nur das linke Bein etwas. Zwei Monate nach der Verletzung ist nur noch nachgeblieben, dass der Patellarreflex links stärker wie rechts ist, und dass in den linken Fuss- und Zehengelenken die activen Bewegungen noch subnormal sind. Verf. meint, dass die Wunde und somit auch die Compression die Gegend der hinteren Centralwindung, also die Hitzig'schen sogen. ‹Beincentren› betroffen habe. — Da am dritten Tage bei versuchsweiser Lösung einer Pincette sogleich wieder flüssiges Blut aus dem Sinus hervorquoll, meint Verf. dass in diesem Falle das Lumen des Blutleiters vielleicht nur auf eine ziemlich kurze Strecke unterbrochen war. Jedenfalls lehrt der Fall, dass einfache Tamponade nicht immer bei Sinusblutung ausreicht. T.

Th. Tiling: Kommt Manie als selbständige Krankheitsform vor? (Sep.-Abdr. aus den Jahrb. f. Psychiatrie. Wien 1884.)

Der Verf., welcher dem Thema der Manie schon früher (Psychiatr. Centralbl. 1878 № 3 und St. Petbg. Med. W. 1882 p. 40) nahe getreten war, kommt nach seinen Erfahrungen zu der Ansicht, dass die obige Frage in positivem Sinne zu beantworten sei. Es wird zunächst der Begriff der Manie begrenzt, wobei die von den Autoren allgemein zugegebene Beschleunigung der psychischen Vorgänge, wie die lebhafte Sinnesthätigkeit ihre Würdigung, und das Vorkommen von Illusionen als ein wichtiges Element des maniakalischen Zustandes Anerkennung finden. Hallucinationen hingegen kommen während des maniakalischen Zustandes nicht zur Herrschaft, und ist Verf. wohl mit Recht geneigt, die Coincidenz von Hallucinationen, Wahnideen und Tobsucht als acute Verrücktheit aufzufassen. Ebenso berechtigt erscheint der Bruch mit der traditionellen Auffassung, dass für die Manie die vorwiegend heitere (amenomanische) Stimmung charakteristisch sei. Bezeichnend ist vielmehr rascher Stimmungswechsel, der zwischen äusserster Ausgelassenheit und voller Verzweiflung hin und her schwankt.

Es giebt Fälle, die dem entwickelten Krankheitsbilde entsprechend den Namen der idiopathischen Manie rechtfertigen, auch kommt dasselbe Bild als periodische Manie zur Beobachtung. Ferner kommt derselbe maniakalische Zustand vor: 1) in dem circulären Irresein, 2) als zweite Periode des acuten Wahnsinns oder der acuten Verrücktheit. 3) als zweite Periode der katatonischen Verrücktheit oder der Katatonie. 4) als erste Periode der progressiven Paralyse.

Für jede der genannten 6 Erscheinungsformen des maniakalischen Zustandes ist eine illustrirende Krankheitsgeschichte beigefügt.

Mercklin.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Leisrink, H. Mielck und S. Korach: Der Torfmoosverband. Hamburg, L. Voss. 1884.

Nachdem auf pharmakognostischem und experimentellem Wege der Nachweis geliefert worden, dass das Torfmoos ein grösseres Aufsaugevermögen besitzt, als die übrigen gebräuchlichen Verbandmaterialien, wird auf den Torfmoosverband näher eingegangen. Es wird das Torfmoos nicht mehr wie früher einer hohen Hitze ausgesetzt, da es dadurch seine Aufsaugefähigkeit einbüsst, sondern das einfach verlesene Sphagnum in Gazesäcke von verschiedener Grösse gestopft. Nöthigenfalls werden die so gebildeten Kissen noch durch Sublimatlösung desinficirt. Der Kostenpreis dieser Kissen beläuft sich auf 4—20 Pf. Die Application des Verbandes ist derart, dass auf die desinficirte Wunde zunächst eine doppelte Lage Jodoformgaze kommt, die durch eine Gazebinde fixirt wird, darüber folgt eine Anzahl von Torfmooskissen, die je nach Bedürfniss grösser oder kleiner sind und ebenfalls durch Gazebinden genau adaptirt werden.

Ein solcher Verband zeichnet sich durch seine grosse Billigkeit aus und wird auf c. 50 Pf. berechnet. Die antiseptische Eigenschaft des Torfmooses wird dadurch erklärt, dass es eine rasche Verdunstung der aufgenommenen Secrete ermöglicht und somit eine Zersetzung verhindert. Der besprochenen Eigenschaften wegen wird dem Torfmoosverband eine Zukunft speciell in der Landpraxis und der Kriegschirurgie vorausgesetzt. Es folgt alsdann eine Anzahl von Krankengeschichten, in denen der Torfmoosverband mit gutem Erfolge angewandt worden ist.

D.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 10. November 1882.

Dr. Zwingmann verliest seine Mittheilung über einen Fall von *Conjunctivitis diphtherica diffusa* beider Augen (Petersb. Med. Wochenschr. 1883, № 5).

Das 5 Monate alte Kind, welches nebenbei an ausgebreitetem Eczema faciei litt, beobachtete Vortragender vom 8. bis zum 14. Krankheitstage, an welchem Tage es an Lymphadenitis cervicalis und Phlegmone zu Grunde ging. Die wesentlichsten Erscheinungen waren folgende: sehr bedeutende Schwellung der oberen Augenlider, Conjunctiva bulbi beiderseits glanzlos, wie mit Milch übergossen, keine Chemosis, in der nasalen Hälfte beiderseits eine kleine trübrothe Sugillation. Die Conjunctiva palpebrarum in eine milchiggraugelbe, resistente aetzschorfartige Schicht verwandelt. An den von den oberen Lidern bedeckten Rändern der unteren Augenlider entwickeln sich kleine Erosionen mit schmutzig grauem Grunde. Die anfangs gleichmässig rauchige Trübung beider Corneae geht rasch in Ulceration über; nachdem wegen heftigen Brechdurchfalls während einer Nacht die Pflege der Augen unterblieben, tritt Perforation der Cornea rechts am vierten, links am fünften Beobachtungstage ein. Die Therapie bestand in Umschlägen von Eiswasser mit einem Zusatz von Acet. plumbi, Ausspülungen mit 4% Borsäurelösung, Atropininstillationen.

Vortragender betont die grosse Seltenheit der Fälle: unter 4- bis 5000 Augenkranken hat er erst 3 Fälle ausser dem Geschilderten beobachtet. In einem Falle liess sich Infection mit Trippersecret nachweisen; in einem zweiten, bei einer Dienstmagd, bestand verdächtiger Fluor albus und waren mehrere Kinder der Herrschaft halskrank gewesen.

Dr. Mandelstamm erscheint es fraglich, ob die Conj. diphth. so selten vorkomme, da namentlich bei der Landbevölkerung nicht alle Krankheitsfälle von Aerzten beobachtet würden. In Bezug auf die Therapie erwähnt Dr. Mandelstamm eines Falles, bei dem energische Mercurialisation ein relativ günstiges Resultat hatte: Die Hornhäute des 23jährigen Patienten konnten zum Theil erhalten werden.

Dr. Carlblom: Calomel sei bei dem in Rede stehenden Fall wegen der Gastroenteritis contraindicirt gewesen. Mit der Bezeichnung Conjunct. *diphtherica*, könne er sich nicht einverstanden erklären. Die festen, der Schleimhaut implantirten Membranen, sowie das die Umgebung (hier die eczematöse Gesichtsfläche) inficirende Secret fehlen; es habe also eine schwere, bösartige Conjunctivitis, aber keine Diphtherie im Sinne der inneren Medicin vorgelegen.

Dr. Mandelstamm glaubt, dass dieser Fall keine Conjunctivitis diphtherica im Sinne der Ophthalmologie gewesen sei; in unzweifelhaften Fällen werde die Haut der Wange durch das Conjunctivalsecret verschorft, die brettharten Lider seien unmöglich zu ektropioniren, die Hornhäute zerfallen schneller. Dem gegenüber führt Dr. Zwingmann an, dass allerdings keine Membran, aber eine durchaus sonstiger Diphtherie gleiche Infection beobachtet wurde. Auch Hirschberg beschreibe Fälle mit wenig Secret und mangelnder Chemosis.

Dr. Stavenhagen hält die Diphtheria oculi für einen bei uns sehr seltenen Process: unter 25,000 Augenkranken sah er nur einen Fall, der sich auf einer trachomatösen Conjunctiva nach leukorrhoischer Infection entwickelte; am fünften Tage vereiterte rapid die Cornea. Er weist ferner darauf hin, dass bei vernachlässigten phlyktänulären Conjunctivitiden membranöse Auflagerungen auf der Conjunctiva und den wunden Lidflächen entstehen, welche das Bild einer Diphtherie vortäuschen können.

Dr. Carlblom findet in den gegebenen Referaten nur eine Bestätigung dafür, dass der Begriff Conjunctivitis diphtherica in der Ophthalmologie noch nicht gehörig abgegrenzt sei; gonnorrhoische Schleimhautaffection sei ein Begriff, der in der allgem. Pathologie streng von Diphtherie getrennt werde.

Dr. Stavenhagen bemerkt, dass nach Anschauung sämmtlicher ophthalmologischer Autoritäten durch Steigerung von Reizen eine trachomatöse oder gonnorrhoische Conjunctivitis diphtherisch werden könne.

Dr. Zwingmann legt für die Diagnose besonderen Werth auf den Nachweis einer tiefgehenden Infiltration, zu der noch Geschwüren auf schmutzigem Grunde kamen. Auch die beobachtete Complication von Rachen-Nasen-Augendiphtherie beweise die Zulässigkeit des in der Ophthalmologie gebräuchlichen Namens.

Dr. Hampeln glaubt, der Begriff «Diphtherie» werde erst dann ein prompter werden, wenn man aufhöre, diese Bezeichnung bald nach der Aetiologie, bald nach dem anatomischen Befunde einem Krankheitsprocesse beizulegen. Das pathologisch-anatomische Princip müsse seiner Anschauung nach das einzig und allein maassgebende werden.

Dr. Hach theilt mit, dass er in einem hartnäckigen Fall von *Pruritus vaginalis* mit Erfolg Bestäubungen der Vaginalschleimhaut mit *Jodoform* angewandt. Ausser leicht gerötheter Scheide war keine Genital-Erkrankung vorhanden. Während alle früher angewandten localen und internen Mittel gar keinen Erfolg aufzuweisen hatten, besserte sich der Fall unter dieser Behandlung sehr bedeutend. Dr. Hach hält das Jod möglicherweise für das wirksame Princip.

Dr. Rulle hat Vaginalkugeln mit Jodoform öfters versucht, sah jedoch bessere Erfolge von Suppositorien aus Extr. opii aquos. und kleinen Klystieren von kaltem Wasser. Zugleich macht er als auf eine häufige Ursache des Pruritus vag. auf leichte Erweiterung des Rectum über dem Sphincter ani und darin begründete Koprostase aufmerksam. Diese Aetiologie, sowie die von Dr. Hampeln in Erinnerung gebrachte des Diabetes mellitus konnte Dr. Hach mit Sicherheit ausschliessen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 9. Mai 1883.

Dr. Herrmann theilt mit, dass der Kranke, dessen im Leben ausgestossener Oesophagus in der letzten Sitzung demonstrirt wurde, gestern, am 23. Tage nach genommenem Gift und 14 Tage nach jener Katastrophe gestorben ist. Patient fühlte sich nach jener Ausstossung subjectiv erleichtert, nahm bis 6 grosse Schluck Wasser ohne das Trinkgefäss abzusetzen und trank später Milch welcher er aufgeweichtes Brod beigemischt hatte. Das blutige Erbrechen wiederholte sich noch während der nächsten 2 Tage, kehrte aber in den folgenden 3 Tagen nicht wieder. Die Dysphagie bestand fort, die Schmerzen beschränkten sich auf den Isthmus faucium und das obere Drittel des Oesophagus; der Magen und Darm schienen weniger betheiligt zu sein, trotz Singultus, hartnäckiger Verstopfung, zunehmender Anaemie und Schwäche.

Am 16. und den nächsten Krankheitstagen trat abermals Erbrechen mit und ohne Blut ein, dagegen wurde die Dysphagie geringer und die abgestorbenen Fetzen in Rachen- und Mundhöhle begannen sich zu lösen; nur die Uvula blieb noch mit grauen Fetzen bedeckt. Der Puls schwankte in diesen Tagen zwischen 120—108-90, die Temperatur zwischen 37,1 und 37,2. Die Lungen und das Herz zeigten nichts Abnormes. Milz und Leber waren nicht geschwollen.

Am 21. Krankheitstage traten Schmerzen in der Magengegend und blutige Stühle ein. Puls 140. Temp. 38,3; die letztere stieg in den beiden folgenden Tagen auf 39° und 39,7°, die früheren Krankheitssymptome dauerten fort und zunehmende, theils theerartige, theils dünnbreiige Blutungen ex ano führten schliesslich am 7. Mai zum Tode.

Die Erscheinungen im Leben wiesen schon darauf hin, dass die grössten Zerstörungen im Pharynx. Oesophagus und Arcus palatopharyngeus zu erwarten seien, während das Ostium des Larynx, dieser, die Trachea und die Bronchien frei geblieben waren. Dieses bestätigte die heutige Section. Grösseres Interesse bot die Frage, welche der 3 Speiseröhrenschichten ist hier erhalten geblieben und hat jenen Schlauch gebildet durch den einiges, wenn auch dürftiges Schlucken möglich gemacht wurde, obgleich die structurlose aber dicke Schleimhaut vollständig fehlte, wie sich aus dem uns vorliegenden Präparat ergiebt.

Die Section der Leiche ist erst heute Mittag gemacht, eine endgültige mikroskopische Untersuchung noch nicht ausgeführt, doch lässt schon eine makroskopische Besichtigung hin und wieder

Längs- und Cirkelfasern der allein zurückgebliebenen Muskelfaserschicht des Oesophagus erkennen, welche den Halswirbeln unmittelbar anliegt. Die mittlere, dünne und lockere Zellschicht, welche diese Muskelfaserschicht mit der in unserem Kranken verloren gegangenen Schleimhaut verbindet, ist vollkommen zerstört, dennoch war in keinem der beiden Schläuche — dem hier vorliegenden und dem durch das frühere Präparat dargestellten — eine Perforation entstanden, noch weniger in Folge einer solchen ein Durchbruch ins Mediastinum erfolgt. Der Magen und das Duodenum zeigen die bekannte durch Venena acria hervorgerufene Gastritis, der Dünn- und Dickdarm normale Wandungen, beide waren mit schwarzem dickbretigem Blute überfüllt. Nieren, Milz, Leber und die Brustorgane normal.

Dr. Amburger demonstrirt ein Aortenaneurysma, das ausgezeichnet ist durch die Grösse und Derbheit des den Sack zum grossen Theil ausfüllenden Coagulums. Die Beobachtung war folgende: Alexander Gussjew, Polizeibeamter, 53 Jahr alt, hat seit 4 Jahren an mässiger Kurzathmigkeit gelitten, seit 3 Monaten Steigerung der Brustbeschwerden. Aufnahme ins Marien-Magdalenenhospital den 16. Januar. Der allgemeine Ernährungszustand ist ziemlich gut. Verdauung gut. Leichte Cyanose der Lippen. Lungen gesund, Respiration in der Ruhe frei, ruhig. Die Herzdämpfung ist in allen Durchmessern vergrössert, Choc schwach im 6. Intercostalraume, in der Mamillarlinie. Herztöne rein. Herzcontraction schwach, aussetzend. In der Fossa jugularis prominirt ein wenig elastischer, indolenter, mit dem Herzstoss synchronisch pulsirender Tumor von der Grösse eines halben Hühnereis, über demselben kein Geräusch. Der rechte Radialpuls kleiner als der linke. Das rechte Sternoclaviculargelenk aufgetrieben, die Gelenkflächen dehiscirend, Druck unempfindlich. Geringes Oedem um die Malleolen. Der Harn enthält kein Eiweiss, Leber sehr gross, nicht schmerzhaft. Der Tumor wird als Aneurysma arcus aortae angesehen. Im weitern Verlauf wird zunehmend über Schmerz und Oppressionsgefühl in der Brust geklagt; später Schwindelanfälle, stundenlang Benommenheit, zunehmende Schwäche. Pulsation im Tumor wird nicht mehr wahrgenommen. Am 3. März wurde Lähmung des linken Stimmbandes constatirt. Am 25. April erfolgte der Tod durch Herzinsufficienz. Section am 26. April: Nach Abpraepariren der Hautdecken in der vorderen Halsregion und über dem Sternum, tritt über dem Jugulum und dem rechten Sternoclaviculargelenk, das zerstört ist, (die angrenzende Portion des Manubrium sterni und der Clavicula sind zur Resorption gebracht) eine derbe, nach oben zugespitzte Geschwulst hervor, die sich ca. 1½" über das Jugulum erhebt. Diese Geschwulst wird gebildet durch die sackförmig ausgebuchtete vordere Wand des im Ganzen enorm erweiterten Arcus aortae zwischen den Ursprüngen des Truncus anonymus und der A. subclavia sin. Der Sack ist durch ein mächtiges, derbes Coagulum ausgefüllt, dessen äussere Schichten sehr derb und entfärbt sind, dessen Centrum ebenfalls noch recht fest ist. Die Innenwand der Aorta ist hochgradig atheromatös entartet, an vielen Stellen mit Kalkplättchen bedeckt, die Lumina der abgehenden grossen Gefässe verzogen und verzerrt, besonders der Truncus anonymus. Das Herz ist in toto bedeutend hypertrophirt und dilatirt, besonders der linke Ventrikel. Die Semilunarklappen der Aorta bis auf geringe Verdickung der Ränder normal, die Mitralklappen normal beschaffen. In beiden Pleurahöhlen und im Herzbeutel Transsudat. Das Lungenparenchym ödematös, Leber enorm vergrössert durch Stauungshyperämie. Milz mässig hyperämisch. Nieren normal.

Dr. von Maydell theilt mit, dass vor kurzem auf Anordnung eines Untersuchungsrichters Zuckerpulver, sog. Sandzucker, auf schädliche Beimischung untersucht worden ist. Das Resultat war, dass bei der Quantität von mehreren Pud, 0,12 % Bleizucker beigemischt constatirt wurde. Dr. von Maydell erwähnt der, seiner Zeit Aufsehen machenden gleichen Fälschung, die Vergiftungsfälle im Gefolge Louis Philippe's auf der Reise in England zur Folge hatte; damals enthielt der Zucker 0,05 % Bleizucker.

Dr. Metzler theilt mit, dass kurz vor Ostern dieses Jahres in der grünen Farbe mit der die Wände aller Zimmer einer hiesigen Lehranstalt gestrichen waren, ein beträchtlicher Arsengehalt nachgewiesen wurde. Schon früher wurden krankhafte Zustände beobachtet, wie Kopfschmerz, Erbrechen, die unklar in ihrer Genese waren, wahrscheinlich aber, da die Wände denselben Anstrich trugen, auf Arsenvergiftung zu beziehen waren.

Dr. Kuby aus Augsburg, referirt über einige Verhandlungen des Berliner hygienischen Congresses. Von besonderem Interesse war für ihn die Frage über Reinigung der Städte. Die von Virchow urgirte Theorie in Städten über 100,000 Einwohnern sei eine Ableitung der Effluvien in die Flussläufe nicht zulässig, fand Opposition, der sich auch Dr. Kuby anschloss; für zwei bayrische Städte Augsburg und München mit den resp. grossen Strömen Lech und Isar, sei die Einleitung aller Verunreinigungen in die letztern, namentlich da in weiter Entfernung keine Stadt liege, wohl zu gestatten.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

An die Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Die Ehrenmitglieder, ordentlichen und correspondirenden Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte werden freundlichst eingeladen sich an der Sitzung desselben zu betheiligen, die zur Feier seines 25 jährigen Bestehens am 23. März Abends 5 Uhr im Local der Petrischule abgehalten werden wird. An demselben Tage, unmittelbar nach der Sitzung, wird ein Festessen veranstaltet werden, an welchem Theil zu nehmen alle Collegen, die zum Verein gehören oder sich für ihn interessiren, aufgefordert werden. Ueber Ort und Stunde der Zusammenkunft wird in dieser Wochenschrift rechtzeitig Nachricht gegeben werden.

Der geschäftsführende Ausschuss.

Vermischtes.

— In Egypten ist Dr. Leslie, Oberarzt der Armee *Baker Pascha's* gestorben. L. stand von 1869—1871 in russischen Diensten im Kaukasus, und war während des türkisch-serbischen Feldzuges und im letzten russisch-türkischen Kriege im Auftrage des Rothen Kreuzes im türkischen Lager als Arzt thätig. Nach dem Falle des Schipkapasses gerieth er in russische Gefangenschaft.

— In Brjansk ist Dr. Subkowski, Oberarzt des dortigen Arsenals verstorben.

— In Wien hat sich Dr. Schiff als Docent für Hautkrankheiten und Syphilis habilitirt.

— Der auch auf dem Gebiete des Sanitätswesens bekannte Redacteur der „deutschen med. Wochenschrift" Dr. Paul Börner, giebt in diesem Jahre ein *„deutsches Wochenblatt für Gesundheitspflege und Rettungswesen"* heraus, welches zweimal monatlich erscheint. Die angesehensten Hygieniker Deutschlands, wie Pettenkofer, Virchow, Flügge, Finkelnburg, Struck (Director des Reichsgesundheitsamtes), Generalarzt Roth u. A. haben ihre Unterstützung des neuen Wochenblattes zugesagt.

— Am 1. März n. St. schloss Prof. Dr. v. Frerichs in Berlin zum 20. Mal seine medicinische Klinik und hat bei dieser Gelegenheit eine kurze Ansprache an seine Zuhörer gerichtet, die, wie Berliner Blätter berichten, mit einem wahren Beifallssturm aufgenommen wurde.

— Von dem Leiter der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Dr. Koch ist bereits der 5. Bericht über die Thätigkeit der Commission in Calcutta im deutschen Reichsanzeiger veröffentlicht. Wir entnehmen diesem v. 7. Januar c. datirten Berichte, welcher sich, wie überhaupt alle Veröffentlichungen und Arbeiten Koch's durch grosse Klarheit und der diesem eminenten Forscher eigenen Vorsicht in seinen Schlussfolgerungen auszeichnet, einige interessante Mittheilungen.

Zunächst constatirt K., dass es der Commission durch die freundliche Unterstützung der Behörden und Hospitalsvorstände in Calcutta gelungen ist, fast sämmtliche in den Hospitälern der Stadt zur Section kommenden Choleraleichen für die Untersuchung zu verwerthen. Es wurde von 9 Sectionen und 8 Cholerakranken das Material gesammelt. Dank den günstigen Verhältnissen konnte die Commission bereits wesentliche Fortschritte in der Lösung der ihr gestellten Aufgabe machen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte in allen Fällen das Vorhandensein derselben Bacillen im Choleradarm, wie sie in Egypten (cfr. Jahrg. 1883, № 39 dieser Wochenschrift) gefunden waren. Während Koch in seinem ersten Bericht es noch unentschieden liess, ob diese Bacillen zu den regelmässigen Parasiten des Darms gehören, oder unter dem Einflusse des Choleraprocesses im Darm vorkommen, konnte diese Frage jetzt entschieden werden, indem es mit Hülfe der im deutschen Gesundheitsamt ausgebildeten Methoden, welche sich auch bei dieser Gelegenheit vorzüglich bewährt haben, gelang, aus dem Darminhalt der reinsten Cholerafälle die Bacillen zu isoliren, in Reinculturen zu züchten und ihre charakteristischen Eigenschaften aufzufinden, durch welche sie mit Sicherheit von anderen Bacillen zu unterscheiden sind. Mit Hülfe der Gelatineculturen wurden zuerst die Bacillen in den Dejectionen der Cholerakranken und im Darminhalt der Choleraleichen in sämmtlichen Fällen nachgewiesen. Dann wurde der Darminhalt von Leichen Verstorbener, welche anderen Krankheiten (Pneumonie, Dysenterie, Phthisis, Nierenleiden) erlegen waren, sowie der Darminhalt von verschiedenen Thieren und andere bacterienreiche Substanzen untersucht, aber nirgendswo den Cholerabacillen gleichende Bacterien angetroffen.

Wenn es sich constant herausstellen sollte, dass diese mit specifischen Eigenschaften begabten Bacillen ganz ausschliesslich dem Choleraprocess angehören, dann meint Koch mit der ihm eigenen Vorsicht — würde der Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Bacterien und dem Choleraprocess kaum noch einem Zweifel unterliegen können, selbst wenn die Reproduction der Krankheit an Thieren nicht gelingen sollte. Aber auch in letzter Hinsicht scheinen sich die Verhältnisse günstig zu gestalten, da in letzter Zeit einige der mit Thieren angestellten Experimente Resultate ergeben haben, welche weitere Erfolge hoffen lassen.

Zum Schluss seines Berichtes berührt Koch die Resultate, zu welchen die nach Egypten gesandte französische Commission gelangt ist, indem sie im Blute Organismen gefunden haben will, welche der Cholera eigenthümlich sein sollen. Da die von der französischen Commission gegebene Beschreibung dieser Organismen auf die bereits längst bekannten sog. Blutplättchen passt, welche im Blute gesunder Menschen und noch mehr in manchen fieberhaften Krankheiten anzutreffen sind, und da selbst die bewährtesten Untersuchungsmethoden im Choleráblute keine anderen Gebilde erkennen

liessen, welche Bacterien ähnlich sind, so könne er nicht anders annehmen, als dass die französische Commission in denselben Irrthum, wie vor ihr andere Forscher gefallen ist und die Blutplättchen für specifische Organismen gehalten hat. Irgend einen ätiologischen Zusammenhang mit der Cholera dürfe diesen Blutplättchen schon aus dem Grunde nicht vindicirt werden, weil sie auch im Blute gesunder und solcher Menschen vorkommen, welche an anderen Krankheiten leiden. (In der nächsten № bringen wir den letzten (6.) Bericht Koch's mit seinen entscheidenden Resultaten. — Red.)

— Die Grosshändler-Zunft in London (The Worshipful Company of Grocers) hat *einen Preis für Entdeckungen auf dem Gebiete der Sanitäts-Wissenschaft im Betrage von 1000 Pfund Sterling* ausgesetzt und lautet die pro 1883—1886 gestellte Aufgabe, wie schon früher von uns gemeldet worden, folgendermaassen:

«Eine Methode zu finden, welche gestattet, das Vaccine-Contagium ausserhalb des Thierkörpers in irgend einem sonst nicht zymotischen Material zu cultiviren, so dass das Contagium unbegrenzt in immer neuen Generationen fortgepflanzt werden kann und das Product einer beliebigen Generation (soweit sich dieses innerhalb des zur Prüfung verfügbaren Zeitraums bestimmen lässt) von derselben Wirksamkeit sich erweise, wie echte Vaccine-Lymphe.»

Ueber den Zweck der Stiftung und über die Bewerbungsbedingungen, sowie die Preiszuerkennung bringen wir im Auszuge das Wichtigste: Der Preis von 1000 Pfund Sterling wird alle 4 Jahre ausgesetzt und soll dem Zwecke dienen, Original-Forschungen zu belohnen, deren Ergebniss das positive Wissen auf dem Gebiete besonderer, vorher bestimmter Zweige des Sanitätswesens in erheblicher Weise fördert. Der Entdeckungspreis steht der allgemeinern Bewerbung, sowohl in England als ausserhalb, offen. Die Bewerbung ist zwar an keine Nationalität gebunden, doch müssen alle Abhandlungen (welche überdies gedruckt sein müssen) und alle in Betreff derselben mit der Zunft statthabenden Verhandlungen in englischer Sprache geschrieben sein. Englische Uebersetzungen von in fremden Sprachen veröffentlichten Bewerbungs-Abhandlungen werden aber den ursprünglich in englischer Sprache verfassten Abhandlungen gleich erachtet. Falls keiner der Bewerber die wissenschaftliche Hauptaufgabe gelöst haben sollte, jedoch durch einen oder durch mehrere der Bewerber auf dem Wege zum Ziele ein schätzbarer Fortschritt oder zufällig eine für die Sanitätswissenschaft werthvolle Entdeckung gemacht werden sollte, so kann ein Theil des Preises zur entsprechenden Anerkennung solcher Verdienste verwandt werden. Doch soll und kann der Preis, wie auch irgend ein Theil desselben nur Jemandem zuerkannt werden, der sich formell als Bewerber um den Preis erklärt hat. Die Bewerber um den Entdeckungspreis haben ihre resp. Abhandlungen *bis zum 31. December 1886 inclusive* einzureichen; die Entscheidung soll spätestens im Mai des darauffolgenden Jahres (1887) erfolgen. — Das Zunft-Collegium zieht bei seinen Handlungen und Beschlüssen sowohl bezüglich des Preises für die Entdeckung, als auch bezüglich aller anderen des der Unterstützung der Sanitäts-Wissenschaft geltenden Entwurfes der Zunft ein wissenschaftliches Comité zu Rathe, welches gegenwärtig aus folgenden Mitgliedern besteht: Mr. John Simon, Mr. John Tyndall, Dr med. John Bourdon Sanderson und Dr. med. George Buchanan, sämmtlich Mitglieder der «Royal Society».

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 4. März 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3129	1839	4968
Kinderhospitäler	149	172	321

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten (abd., exanth., rec.)	328	152	480
Scharlach	18	32	50
Pocken	5	4	9
Venerische Krankheiten	514	408	922

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 26. Februar bis 3. März 1884 besucht von 2559 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1109.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 26. Februar bis 3. März 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr	Unbekannt.
427	362	789	129	69	146	24	16	28	83	64	47	69	53	32	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 36, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 1, Masern 44, Scharlach 21, Diphtherie 15, Croup 1, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 20, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 34, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 29, acute Entzündung der Athmungsorgane 123, Lungenschwindsucht 158, andere Krankheiten der Brusthöhle 20, Gastro-intestinal-Krankheiten 96, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, angeboreneSchwäche und Atrophia infant. 46, Marasmus senilis 33, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 19.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	10—16 Febr.	181 732	98	7	28,4	6,1	34,0
Kopenhagen	13—19 Febr.	258 000	95	9	18,5	9,5	41,3
Berlin	17—23 Febr.	1 225 065	556	93	23,6	16,7	37,7
Wien	17—23 Febr.	759 849	423	44	28,9	9,7	35,8
Brüssel	10—16 Febr.	166 351	96	8	29,1	8,3	38,8
Paris	15—21 Febr.	2 239 928	1037	139	24,1	13,4	31,0
London	17—23 Febr.	4 019 361	1522	217	20,2	13,9	32,8
St. Petersburg	24 Febr. - 1 März	928 016	753	127	42,0	16,8	47,0

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. März 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. März 1884.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschienen:

Mittheilungen

aus dem 49 (1)

Kaiserl. Gesundheitsamte.

Herausgegeben
von Dr. **Struck**,
Geh. Ober-Reg.-Rath, Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.
Zweiter Band.
Mit 13 chomolithogr. Tafeln und 13 Holzsch. 1884. 4 cart. Preis 44 Mark.

BAD ELSTER

im Königlich Sächsischen Voigtlande.
Eisenbahnstation zwischen Reichenbach in Sachsen und Eger in Böhmen.
Saison vom 15. Mai bis 30. September.
Für die vom 1. September an Eintreffenden halbe Curtaxe.
(1883 Frequenz: 5462 Personen mit Einschluss der Passanten.)

Elster besitzt *an Kohlensäure reiche, alcalisch-salinische Stahlquellen*, die zu Trink- und Badecuren dienen; *1 Glaubersalzsäuerling* (die Salzquelle); Lager von vortrefflichem salinischen Eisenmoor. Die Mineralwasserbäder werden, je nach Verlangen, mit oder ohne Dampfheizung bereitet. Molken täglich frisch.

Erfolgreiche Anwendung finden die Elsterer *Eisenquellen* und *Moorbäder* gegen *verschiedene Zustände* von *Blutarmuth*, wie nach schweren Geburten, Aborten, starken Verwundungen, bei Hämorrhoidalblutungen, nach überstandenen schweren acuten und chronischen Krankheiten u. s. w., bei Bleichsucht mit Neigung zu Recidiven; gegen Krankheiten des Nervensystems, als krankhafte Reizbarkeit desselben, Nervenschwäche, Hysterie, Neuralgien, Erschöpfungsparalysen, beginnenden Tabes dorsalis und gegen gewisse *Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, als Menstruationsmangel, zu reichliche und schmerzhafte Menstruation, Catarrh der Gebärmutter, Sterilität p. p.

Die *Elsterer Salzquelle* (Glaubersalzsäuerling) nur zu Trinkcuren benutzt, bewährt sich bei *Blutstockungen* im *Unterleibe*, sogenannter Abdominalplethora, besonders, wenn ein gewisser Grad von Blutarmuth nebenbei besteht, bei chronischen *Magen- und Dickdarmcatarrhen*, bei *habitueller Stuhlverstopfung, chronischer Blutüberfüllung* der *Leber* und *Gebärmutter* mit reichlicher Menstruation, bei *chronischem Bronchialcatarrh* und *chronischer Gicht*.

Die Curmittel von Elster werden mit bestem Erfolg vielfach auch zu Nachcuren nach dem Gebrauche anderer Bäder verwendet.

Die *ausserordentlich gesunde*, vor rauhen Ostwinden geschützte Lage des Ortes in lieblicher Waldgegend bei einer Seehöhe von 473 Meter empfiehlt aber Elster auch als klimatischen *Curort* für *blutarme Kranke* und *Nervenleidende*, sowie für *Solche, welche durch geistige Ueberanstrengung erschöpft sind.*

Zur weiteren Orientirung über die therapeutischen Verhältnisse wird auf die Officialschrift: Bad Elster von Dr. R. Flechsig, 2. Auflage, Leipzig im Verlag von J. J. Weber 1875, verwiesen.

Der *Mineralwasserversand* erfolgt durch den *Brunnenpächter Robert Blankmeister*, der *Moorerdeversand* durch die *königliche Bade-Direction.* 51 (3)

Bad Elster 1884
Der Königliche Badedirector:
Otho.

Morphiumsucht.

Modificirt langsame Entziehung in **Dr. Erlenmeyer's Heilanstalt** für **Nervenkranke** in Bendorf a. Rh. 28 (6)

BADEN-BADEN.

Längst bekannte alkalische Kochsalzthermen von 44—69° C.
Chlorlithiumquelle von hervorragendem Gehalte.
Neue Grossherzogl. Badeanstalt „FRIEDRICHSBAD". — Das ganze Jahr geöffnet.
Musteranstalt einzig in ihrer Art in Vollkommenheit und Eleganz.

Mineral- und medizin. Bäder jeder Art. — Privat-Heilanstalten mit Thermalbädern. — Trinkhalle für Mineralwasser aller bedeutend. Heilquellen. — Pneumatische Anstalt mit 2 Kammern à 4 Personen. — Molkenanstalt, Milchcur. Versand des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalle-Verwaltung.

Conversationshaus mit prachtvollen Concert-, Ball-, Lese-, Restaurations- und Gesellschafts-Sälen während des ganzen Jahres geöffnet. — Ausgezeichnetes Cur-Orchester. — Zahlreiche Kunstgenüsse jeder Art. — Jagd und Fischerei. — Grosse Pferderennen. — Reizende Spaziergänge und Ausflüge. — Vorzügliches Klima. — Herrliche Lage. — Mittlere Jahrestemperatur: + 7,4° R. (53) 6

Steiermärkische Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn

Unter-Steiermark, Südbahnstation Pöltschach.

Berühmter Glaubersalz-Säuerling, Stahlbäder, Kaltwassercur, Molkencur. Haupt-Indication: Erkrankungen der Verdauungsorgane. Comfortabler Aufenthalt. Saison Mai bis October. Prospecte und Wohnungsbestellungen bei der Direction. 52 (5)

ARENSBURG

Seeschlamm-Baeder.

Die bewährten Seeschlammbäder zu Arensburg beginnen am 19. Mai, und dauert die Saison bis Mitte August. Die ärztliche Leitung der Anstalt der Frau Weise für warme mineralische Seeschlammbäder übernimmt wie bisher der Unterzeichnete 50 (6)
Dr. med. Moritz von Harten.

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w. 8 13
HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.
CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.
HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

OFENER

Victoria-Bitterwasser

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos......		41,73	18,44
Püllnaer.........		32,72	12,12
Friedrichshaller..		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen. — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands. 26 (5)

Auszug aus k. k. Hofrath Dr. Löschner's Schrift:
Das

SAIDSCHITZER BITTERWASSER

als wahre und reinste **Bittersalzquelle** von keinem anderen sogenannten Bitterwasser übertroffen, ist ein mächtiges Arzneimittel in einer grossen, leider höchst traurig folgereichen Reihe von Krankheiten — bei langjährigen **Unterleibsleiden, Hämorrhoidal-Beschwerden, Hypochondrie und Hysterie, gichtischen Ablagerungen, Skropheln, Wurmkrankheiten** etc. und hat den Vorzug, zufolge seiner keineswegs stürmischen Einwirkung, auch den zartesten Organismen die trefflichsten Dienste zu leisten. 55 (6)

M. F. L. Indutsrie-Direction in Bilin (Böhmen).
Depôt in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, Russ. pharmac. Handelsgesellsch. Rulcovius & Holm, H. Klos & Co.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 9 Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. **St. Petersburger** **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 11. **St. Petersburg, 17. (29.) März** **1884.**

Ein Fall von Echinokokkus in der Brusthöhle.

Von

Dr. G. Otto.

M. N., eine 45jährige Jüdin, litt bereits seit 17 Jahren an neuralgischen Schmerzen in der rechten Brustseite, die vielfach für rheumatische angesehen und dem entsprechend behandelt wurden. Vor 2 Jahren bemerkte sie am innern Rande des rechten Schulterblatts eine Geschwulst, die stetig wuchs, ihr aber wenig Beschwerden machte, nur vermehrten sich die neuralgischen Schmerzen in der rechten Brustseite. Deshalb wünschte sie von dieser Geschwulst, die von mehreren Aerzten für eine Fettgeschwulst erklärt worden war, befreit zu werden und trat am 12. Juli 1883 ins Mitausche Diakonissenhaus ein.

Man fand bei Patientin, die nur mässig ernährt und ziemlich blutleer war, zwischen Wirbelsäule und innerem Rande des rechten Schulterblatts eine etwa faustgrosse, flache Geschwulst. Sie war glatt (nicht lappig), liess sich nur wenig verschieben, war gegen den innern Schulterblattrand hin fixirt. Das rechte Schulterblatt stand etwas mehr vom Thorax ab, wie das linke, bei starkem Druck auf das Schulterblatt wölbte sich die Geschwulst etwas hervor.

Herztöne rein. Die Percussion und Auscultation der Lungen ergab nichts Abweichendes. Lungensymptome (Husten etc.) fehlten.

Die Geschwulst wurde auch von mir für ein Lipom angesehen, und zwar glaubte ich, dass sich ein Fortsatz desselben, wie es ja so häufig zu geschehen pflegt, in die Tiefe der Rückenmusculatur, speciell unter den innern Schulterblattrand, hinein erstreckt. Darauf glaubte ich das Fixirtsein der Geschwulst beziehen zu müssen. Ich ging daher am 13. Juli unter Assistenz des Dr. Th. Böttcher zur Exstirpation derselben in der Chloroformnarcose.

Es wurde ein Schnitt parallel der Längsachse des Körpers über die Geschwulst gemacht, die Haut und einige atrophische, fascienähnliche Muskelschichten durchtrennt und man stiess nun auf den glatten Balg der Geschwulst. Dieser liess sich auf stumpfem Wege leicht aus seiner Umgebung herauslösen, bis auf die Wurzel, die zum innern Schulterblattrande hinzog. Bei dem Versuche, auch sie zu entfernen, riss plötzlich der Balg und es entleerten sich nun mehrere Unzen eines graugelben, dicken, fettigen (atheromatösen) Breis, in welchem sofort eine Unzahl stecknadelkopf- bis weinbeerengrosser, meist collabirter Blasen entdeckt wurde. Zugleich drang der Finger nahe am Schulterblattrande, aber noch ausserhalb desselben (nicht von ihm bedeckt) durch ein Loch in den Rippen in die Thoraxhöhle hinein. Die Peripherie des Lochs war rauh, usurirt, es liess bequem den ganzen Zeigefinger passiren, dieser gelangte nach innen zu fast bis zu den Seitentheilen der Wirbelkörper; so weit man von der Thoraxhöhle aus die innere Rippenfläche abtasten konnte, war sie ebenfalls rauh. Aus der Oeffnung drang derselbe atheromatöse Brei und wenig Blut. Dieses hob und senkte sich in der Oeffnung rhythmisch bei der Respiration.

Es wurde der Umhüllungssack der Geschwulst am Rande der Oeffnung abgeschnitten, in letztere ein dickes Drainrohr eingeführt und aseptisch verbunden.

Hakenkränze wurden im atheromatösen Brei nicht aufgefunden, die Wände der Blasen dagegen zeigten deutlich die feine Schichtung, wie man sie bei Echinokokkusblasen findet.

Am 13. und 14. Juli fühlte sich Patientin bis auf leichtes Hüsteln wohl, am 15. stellte sich aber Fieber ein, das nun viele Wochen lang fortdauerte. Die Echinokokkushöhle wurde täglich mit Salicylsäurelösung ausgespült und hierbei entleerten sich täglich bis zum Anfange August theils noch geschlossene, weinbeeren-, tauben- und hühnereigrosse Blasen, theils ganze Convolute aufgeweichter gelatinöser Häute. Die geschlossenen Blasen enthielten häufig noch eine Unzahl kleiner Tochterblasen. Das Fieber war Morgens 38,0° bis 38,5°, des Abends 39,0° bis 39,5°, Symptome von Seiten der Brustorgane fehlten. Der Verband wurde Anfangs täglich, später alle 2 Tage erneuert, das Drainrohr blieb natürlich liegen.

Am 2. August entleerte sich die letzte Blase, das Fieber dauerte aber fort und nahm allmälig einen hektischen Charakter an. Reichliche Absonderung übelriechenden Eiters. Die Luft drang stets beim Verbande mit Geräusch in die Höhle hinein, bei tiefem Exspirium oder Husten ebenso wieder heraus. Zugleich stellten sich nächtliche Schweisse

und Husten ein, und der Appetit verlor sich, so dass ein tödtlicher Ausgang nahe zu sein schien.

So dauerte es bis zum Anfang September, da liess das Fieber allmälig nach, die Eiterabsonderung wurde geringer, die Höhle immer kleiner, die Schweisse und der Husten verloren sich wieder, Appetit stellte sich wieder ein. Das Einführen des Drainrohrs wurde immer schwieriger, es musste ein dünneres genommen werden, wenn es sich aber einmal verschoben hatte, trat durch Eiterretention sofort wieder Fieber auf. Jedoch erholte sich Patientin bei offenbleibender Fistel vollständig und konnte am 11. October das Krankenhaus verlassen, um sich ambulatorisch weiterbehandeln zu lassen. Im November schloss sich endlich auch die Fistel ganz und ist bis jetzt dauernd festgeblieben. Die neuralgischen Schmerzen in der rechten Brustseite haben sich ganz verloren.

Es hatte sich demnach der Echinokokkus zwischen hinterer Thoraxwand und Pleura parietalis, also ausserhalb des Pleuracavums, entwickelt, hatte allmälig die Rippenpleura von der Thoraxwand abgedrängt, die Rippen nahe dem innern Schulterblattrande durch Usur zum Schwunde gebracht (daher die Intercostalneuralgie), und so war der Sack schliesslich unter die Rückenmuskulatur nach aussen getreten, wo er als Lipom imponirte. Das Verkennen des Echinokokkus als solchen konnte um so eher geschehen, als der Inhalt des Sacks ein atheromatöser war, also ein Hydatidenzittern das nur bei flüssigem, wässrigem Inhalt wahrgenommen werden kann, nicht zu Stande kommen konnte.

Mitau, im Febr. 1884.

Siebenjährige Amenorrhöe. Heilung.

(Aus der Privat-Heilanstalt des Dr. W. A. Dobronrawow in Moskau).

Von

Dr. W. A. Dobronrawow,
Privat-Docent der Geburtshülfe und Gynäkologie an der kaiserlichen Universität Moskau.

N. N., Mädchen, 19 J. alt, kam in meine Behandlung im October v. J. — Beim ersten Blick fiel mir besonders ein starkes Zurückbleiben im Wachsthum und eine übermässige Adipositât der allgemeinen Decken auf; ferner eine Torpidität im Gesicht mit scharf ausgesprochener Hyperämie, Asthma, aufgedunsener Leib, Eczema an den Füssen, welches stellenweise Neigung zu Exulcerationen zeigte.

Alle diese Erscheinungen entwickelten sich bei ihr allmälig vom 12. Lebensjahre an. Bis dahin war ihr Entwickelungsgang ein ganz regelmässiger und war sie ein wohlgebautes hübsches Kind. — In ihrer Familie traten die Menses gewöhnlich im 12. Lebensjahre ein. In demselben Alter traten auch bei der Pat. einige Vorboten derselben auf, während die Blutausscheidung aus den Genitalien wie in diesem so auch in den folgenden 6 Jahren unterblieb. Als Vorboten der Menstruation, die mit wenigen Ausnahmen jeden Monat erschienen, traten starke Schmerzen im Rücken und Blutdandrang zum Kopf und Gesicht auf.

In derselben Zeit ging auch das Wachsthum des Kindes zum Schrecken ihrer Angehörigen statt in die Länge in die Breite. Um dem Spott der Nachbaren, der der Pat. reichlich und oft in grober Form zu Theil wurde, sich zu entziehen war letztere gezwungen stets zu Hause zu sitzen, wobei ihre physische und psychische Entwickelung erheblich litten.

Während 7 Jahren suchten die betrübten Eltern vergebens Hülfe für ihr krankes Kind bei verschiedenen Gynäkologen Moskaus. Durch die zahlreichen Untersuchungen war die Integrität des Hymen der Pat. verletzt; erfolglos blieb auch die Masse von Emenagoga und Resolventia, die Pat. auf Besserung ihres Zustandes hoffend, zu sich nehmen musste. Dessen ungeachtet war eine genaue Untersuchung des Uterus bei Pat. nicht vorgenommen worden, und zwar aus folgenden Gründen.

Die Untersuchungen wurden nur ambulatorisch gemacht, wobei der Erlangung genauer Resultate sich unüberwindliche Hindernisse entgegenstellten. Jungfräuliche, pralle, stark verfettete allgemeine Decken liessen die Hand von aussen her nichts durchfühlen. Stark verfettete grosse Labien mit reichlicher Talg- und Schleimabsonderung aus dem Scheideneingang, welche letztere in Folge der Stauung und Zersetzung eine Hyperämie mit Excoriationen und successiver reflectorischer schmerzhafter Contraction des Constrictor cunni bedingten, sobald der untersuchende Finger kaum den Introitus vaginae berührte. Gelang es aber trotzdem den untersuchenden Finger in die Vagina einzuführen, so erwies sich letztere übermässig lang. Der bis in die Höhle des grossen Beckens gelangte Finger konnte mit seiner Spitze kaum die wenig entwickelte Vaginalportion erreichen. Dieses alles mag wohl der Grund gewesen sein, weshalb die die Kranke früher behandelnden Aerzte ihre Diagnose auf eine *Amenorrhöe ex atrophia uteri* stellten und die Pat. ungeheilt entliessen.

Als die Kranke in die durch die Güte des hiesigen General-Gouverneur errichtete stationäre Armenabtheilung meiner Anstalt aufgenommen in meine Behandlung trat, war ihr Gewicht 4 Pud[1]) 2 Pfund. Erst nach einer einen Monat dauernden vorbereitenden Behandlung gelang es mir sie einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Die Vorbereitungscur bestand in Darreichung von abführenden Mittelsalzen und einer Bantingcur, wodurch die Aufgedunsenheit des Gesichts sowie die Unnachgiebigkeit der Bauchdecken beträchtlich vermindert wurde. Durch entsprechende Mittel wurde auch die Hyperästhesie des Scheideneingangs gehoben. Bei entsprechender Lage der Kranken gelang es mir nach grosser Mühe endlich den Uterus zwischen den beiden Händen zu fixiren und die Sonde in denselben einzuführen. Die Uterushöhle erwies sich als normal, $2^1/_2$" lang; die Musculatur nicht genügend dick, vielleicht theilweise fettig entartet. — Ich beschloss nun den Uterus zu gymnasticiren mittelst des inducirten Stromes. Zu diesem Zweck bereitete ich eine metallische Sonde, bedeckte dieselbe, der Länge der Vagina entsprechend mit Gummi und liess nur am äussersten Ende derselben ein $2^1/_2$" langes Stück zum Einführen in die Uterushöhle frei; desgleichen blieb das andere zum Contact mit der Electrode bestimmte Ende vom Gummiüberzuge frei.

Nach der zweiten Einführung der Sonde, noch *vor* Anwendung der Electricität, wobei ich die Sonde mehrere Male in der Uterushöhle um deren Umfang und Beweglichkeit zu ermitteln hin und her bewegte (es fiel dieses Manöver mit dem Auftreten der Molimina menstrualia zusammen); zeigte sich am Abend desselben Tages (am 4. Dec. 1883), zur grossen Freude der Kranken, und zum ersten Mal in ihrem Leben Blut aus dem Uterus. Die Blutung war von keinen Schmerzen begleitet und hielt ebenso schmerzlos während der folgenden 4 Tage an. Das Quantum des entleerten Blutes war ein mässiges, seine Farbe blasser als gewöhnlich. — Mit dem Erscheinen der Menstruation trat eine Besserung im Allgemeinbefinden der Pat. ein: das Asthma schwand, es stellte sich Appetit ein; auch ihr psychischer Zustand hatte sich gebessert, sie wurde heiter, gesprächig. — Ihr Körpergewicht 1 Woche nach der Menstruation war 3 Pud 33 Pfund.

Am 1. Januar 1884, zur Zeit der neuen Menstruation, bekam Pat. ihre Molimina und die Menses. Letztere dauerten *einen* Tag an und waren mässig. — Pat. setzt die Behandlung fort bei strenger Enthaltung von mehl- und zuckerhaltiger Kost. Jeden zweiten Tag wird sie 10 Minuten lang faradisirt mittelst der genannten Sonde, wobei die andere Electrode auf die Lendengegend und die Symphyse gesetzt wird. Dabei fühlt Pat. die Wirkung des Stromes

[1]) 1 Pud = 40 Pfund.

in der Tiefe, in der Uteringegend. — Am 11. Januar 1884 wog sie 3 Pud 26 Pfund.

Ich füge noch hinzu, dass nach der zweiten spärlichen Menstruation ich zur Verstärkung derselben der Kranken das populäre Mittel, — Stigmata croci — zu geben versuchte. Nach jeder Dose dieses Mittels aber fühlte Pat. nicht das Gefühl der Schwere im Uterus wie bei der Faradisation, sondern es stellte sich starkes, lange andauerndes Erbrechen ein, in Folge dessen ich geneigt bin die ekbolische, emenagoge Wirkung dieses Mittels auf reflectorischem Wege vom Magen aus direct durch das Erbrechen zu erklären.

Ausserdem dachte ich Anfangs an die Anwendung des sogen. galvanischen Pessarium, das so sehr in letzter Zeit bei Amenorrhöe empfohlen worden, jedoch glaube ich, dass Matthews Duncan vollständig Recht hat, wenn er sich in seinen klinischen Vorträgen (London. J. Churchill 1883) äussert, dass es lächerlich wäre auf die homöopathische Dose von Elektricität zu rechnen, die diese Pessarien entwickeln und dem Uterus zu Theil werden lassen können. Ich glaube, dass die Wirkung derselben, falls eine solche sich äussert, durch einfache mechanische Reizung zu erklären sei. Wenn nun auch in unserem Falle eine locale Reizung in der That indicirt und nothwendig war, so hätte doch das beständige Herumtragen eines Fremdkörpers im Organismus auch unliebsame Folgen haben können, weshalb ich eine Form der localen Reizung vorgezogen habe, die in Hinsicht ihrer Wirkungsdauer vollkommen in der Hand des Arztes ist, — den inducirten Strom.

Es erübrigt mir noch zu sagen, dass am 23. Januar d. J. die Kranke zur rechten Zeit ihre Menses wieder bekam. Sie fühlt sich nun ganz wohl und kann als geheilt betrachtet werden.

Das Hauptinteresse, das der eben angeführte Fall bietet, besteht meiner Ansicht nach darin, dass so mancher gynäkologische Fall, der in der Ambulanz allen therapeutischen Versuchen trotzt, bei regelrechter *stationärer* Behandlung sich als leicht heilbar erweist. Auch glaube ich, dass im gegebenen Falle nicht nur die Anwendung der Elektricität und die Sondenbehandlung, sondern vielmehr das auf streng wissenschaftlicher Basis begründete Regime, welchem Pat. während ihres Aufenthaltes in der Anstalt unterworfen war, das Meiste zu ihrer Herstellung beigetragen hat.

Moskau, im Februar 1884.

Referate.

A. Ssolowjew: **Ein Atherom zwischen Rectum und Beckenwand und seine operative Entfernung.** (Letopis chirurg. Obschtsch. w. Moskwe. № 6, 1883).

Patientin, 29 Jahre alt, seit dem 14. Jahre menstruirt, hat 6 Mal normal geboren, das 7. Mal abortirt. Im December 1882 war Pat. beim Tanz auf den Rücken gefallen, konnte gleich weiter tanzen, im Februar 1884 folgte Abort mit sehr heftiger Blutung. Pat. erholte sich, fühlte aber im März Beschwerden beim Harnlassen, Schmerzen im Leibe und Kreuz und es stellte sich Fluor albus ein. Ausserdem Obstipation, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Beinen und nervöse Reizbarkeit. Pat. selbst ist von kräftigem Körperbau und gutem Aussehen. Der Finger fühlt beim Eingehen in die Vagina sehr bald hinten eine kuglige Geschwulst, die den Durchgang hinter der Symphyse kaum zulässt. Untersuchung per rectum zeigt, dass der Tumor unbeweglich zwischen Rectum und hinterer Beckenwand sitzt. Nach unten reicht die Geschwulst bis zum Steissbein, nach den Seiten c. bis zu den Articul. sacro-iliacae. Der Tumor ist kugelförmig, die obere Grenze kann nicht ertastet werden. Eine Probepunction ergab eine eiterähnliche, grau-gelbe, dickflüssige Masse, die viel Fetttropfen und Cholestearinkrystalle enthielt. Zur Entfernung des Tumors machte Verf. einen bogenförmigen Schnitt um den After von der Mitte des Dammes bis zur Mitte der Linie vom After zum Stiessbein. Theils schneidend, theils stumpf trennend gelangte Verf. bis zum Levator ani, dessen Fasern durch die Geschwulst auseinandergedrängt waren. Auch der Levator ani wurde stumpf getrennt. Der Tumor liess sich leicht aus seiner Umgebung ausschälen, soweit Finger und Instrumente langten, dann wurde der Inhalt der Cyste herausgelassen und der derbe Sack mit der Museux'schen Zange vorgezogen, während mit der Ausschälung fortgefahren wurde. Als ein grosser Theil des Cysten-Sackes draussen war, wurde das Peritonäum sichtbar und um letzteres nicht zu verletzen, trug Verf. den vorangegangenen Theil ab und nähte den übrigen in die Hautwunde ein. Der Wundverlauf war leicht, geringe Temperaturerhöhungen, die eitrige Absonderung währte zwei Monate.

N. Schtschepotjew: **Material zur Erforschung des Astrachan'schen Fiebers.** (Dnewnik Kasanskawo Obschtschestwa wratschei, Tageblatt d. Gesellschaft der Aerzte in Kasan. № 22, 1883).

Die Malaria ist in Astrachan endemisch, jedoch findet alljährlich eine epidemische Zunahme der Krankheit im Sommer statt. Am Besten wird dieses durch folgende Zahlen aus dem Militairhospital in Astrachan illustrirt. Vom Juni—October 1883 wurden daselbst 535 Malariakranke aufgenommen. Die Malaria bildete im Hospital

im Juni	25,4 %	aller	Patienten.
„ Juli	45,9	„	„	„
„ August	75,5	„	„	„
„ September	74,0	„	„	„
„ October	39,3	„	„	„

Den Haupttypus bildete M. quotidiana — 45,9 %, M. tertiana — 15,6 %, M. remittens — 1,3 %. Das Charakteristische des Astrachan'schen Fiebers besteht in dem Wechsel des Typus, der Eine geht meist in den Anderen über und häufig fehlte bei der Quotidiana der Initialfrost. Die Temperatur übersteigt gewöhnlich 39,5° nicht. Die Paroxysmen dauern gewöhnlich 6—12 Stunden, zuweilen jedoch 24—36 Stunden. Ferner zeichnet sich die Astrachan'sche Malaria durch Hartnäckigkeit, Malignität, Neigung zu Rückfällen und häufigen Uebergang in Cachexie über. Bemerkenswerth sind die larvirten Formen, so sah z. B. Vf. 3 Fälle von Gastralgia quotidiana, desgleichen Neuralgien und 1 Mal Malaria comatosa. In 5 Fällen konnte Vf. auf der Haut des Unterleibes ein Exanthem in Form kleiner Petechien constatiren. (? Ref.) P.

Prof. A. Weil: **Ueber die hereditäre Form des Diabetes insipidus.** (Virchow's Archiv. Bd. 95. S. 70).

W. behandelte in der Heidelberger Klinik einen 19-jährigen Bauerburschen, der einen mässig intensiven Ileotyphus acquirirt hatte. Während der Dauer der typhösen Erkrankung waren in Bezug auf den Urin keine auffallenden Erscheinungen vorhanden; auch der Durst und die Trockenheit der Zunge waren nicht über das gewöhnliche Maass hinausgegangen. Erst mit dem Aufhören des Fiebers stellten sich die Symptome eines Diabetes insipidus ein, der während eines zweimonatlichen Spitalaufenthalts constant blieb. Erst auf genaueres Befragen machte der Kranke die Angabe, dass bei ihm der gesteigerte Durst und die vermehrte Urinabsonderung seit frühester Jugend bestanden, und dass «das Wassertrinken» eine in seiner Familie erbliche Krankheit sei.

Mit Hinblick auf die von französischen, englischen und italienischen Autoren gemachte Angabe, dass die Heredität in der Aetiologie des Diabetes insip. eine Rolle spiele, hat nun Verf. sehr genaue Nachforschungen in Betreff der Familie seines Patienten angestellt und einen vollständigen Stammbaum derselben entworfen. Der Diabetes insip. ging aus von J. P. S., der 1772 geboren war und im Alter von 83 Jahren starb. Von ihm stammen ab: 5 Kinder, 29 Enkel und 56 Urenkel, zusammen 91 Personen. Von diesen 91 Personen sind 23 mit Diabetes behaftet, nämlich der Stammvater, 3 Kinder, 7 Enkel und 12 Urenkel. Von 13 (9 Enkel und 4 Urenkel) bleibt es fraglich, ob sie Diabetes hatten. Es bleiben also 78 Personen (J. P. S. und 77 Descendenten). Von diesen sind 23 diabetisch und 55 frei von Diabetes; es haben also 30 % nahezu ein Drittel, die Krankheit geerbt. Aus der Verfolgung der Krankheit durch 4 Generationen ergeben sich nachfolgende Sätze: «Die Vererbung des Diabetes insipidus ist eine directe, vom Vater auf Kinder, Enkel und Urenkel. Sie ist obligatorisch in dem Sinne, dass jedes mit Diabetes behaftete Familienglied, wofern es überhaupt mehrere Nachkommen besitzt, die Krankheit vererbt; facultativ in dem Sinne, dass die Krankheit nicht auf alle, sondern nur einen Theil der Nachkommen übergeht, oder auf die Hälfte. Da die Intensität der Erkrankung in der 4. Generation mindestens ebenso gross ist, als in den früheren, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass die 5. Generation eine noch grössere Zahl von Erkrankten aufweisen wird. — Männer und Weiber ererben und vererben die Krankeit mit gleicher Häufigkeit. Eine Vererbung mit Ueberspringen einer oder zweier Generationen ist nicht beobachtet worden. Die Constitution der Familie ist eine ganz vortreffliche; die Glieder derselben erreichten zum Theil ein sehr hohes Alter. Ausser dem gesteigerten Durst und der vermehrten Urinabsonderung macht die Krankheit keine Symptome; erstere erreichen aber meist eine enorme Höhe und werden besonders in der Nacht sehr lästig. Der beobachtete Typhus hatte die Symptome des Diabetes bei dem im Hospital verpflegten Patienten völlig verdeckt. Dagegen hatte, wie die Mehrzahl der diabetischen Frauen angab, die Schwangerschaft den Durst und die Harnsecretion erheblich gesteigert. Verf. glaubt durch seine Beobachtungen dargethan zu haben, dass es sich in seinen Fällen um *eine besondere Form* des Diabetes insipidus handelt, ausgezeichnet einmal durch die Heredität, dann auch durch eine besonders grosse Intensität der characteristischen Erscheinungen. Er empfiehlt die Bezeichnung «hereditärer Diabetes insipidus» gegenüber der andern «hereditäre Polyurie» und «Polydipsie». β.

Straus: Eiterung und Mikrokokken. (Gaz. d. hôpit. № 145. 1883).

In der Sitzung der Soc. de Biologie vom 25. Dec. a. p. berichtet Straus über die Versuche, die er in Bezug auf die Frage nach der Gültigkeit des Satzes «ohne Mikrokokken keine Eiterung» angestellt hat.

Bekanntlich hatte vor einiger Zeit unser Landsmann Uskow in einer Arbeit aus dem Laboratorium von Prof. Cohnheim denselben umzustossen versucht, indem er nachwies, dass bei subcutaner Injection eines so hervorragend bactericiden Mittels, wie Terpenthinöl sich dennoch Abscessbildung einstellen könne, dass also die Mikrokokken bei der Eiterbildung keine Rolle zu spielen brauchen. Straus ist zu entgegengesetzten Resultaten gekommen. Injicirte er Terpenthinöl unter den strengsten antiseptischen Cautelen (die Haut an der Injectionsstelle wurde mit dem Thermocauter gebrannt, darauf die Injection mittelst einer ausgeglühten, zu einer Spitze ausgezogenen Glasröhre ausgeführt und zum Schluss die Stichöffnung wiederum gebrannt), so fanden sich weder Eitermassen noch Kokken vor, sondern blos eine Tasche mit Ol. tereb. gefüllt. Dasselbe galt für Crotonöl mit Mandelöl verdünnt. Somit hält S. den Satz in seiner früheren Bedeutung aufrecht. Wenn sich dennoch bisweilen Eiterung etablirt hatte, so liessen sich stets auch Mikrokokken nachweisen. In Folge dessen will S. die beiden Prozesse, Entzündung ohne Eiterbildung und Entzündung mit Eiterbildung streng auseinandergehalten wissen. —s.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Fr. W. Müller: Grundriss der Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. Mit 3 lithographirten Tafeln. Leipzig. Veit & Comp. 1884. 172 Seiten. Preis 4 Mark 60 Pf.

Wiederum ist die Zahl der Handbücher für venerische Krankheiten um einen «Grundriss» vermehrt worden, der uns vorliegt. Es ist gewiss charakteristisch, dass die letzten Jahre uns wieder verschiedene Handbücher für die genannte Specialität gebracht haben. Daraus resultirt, dass die vorhandenen nicht genügen und obgleich der vorliegende «Grundriss» viel gute Seiten hat, möchten wir doch sagen, dass auch er nicht den Anforderungen entspricht, die wir berechtigterweise an ein Buch stellen, welches ganz auf der Höhe der Situation stehen soll. Die Aufgabe ist gewiss nicht leicht. In allen bisher erschienenen Büchern vermissen wir zweierlei: strenge Durchführung der modernen Anschauungen der Antiseptik und genügende statistische Angaben.

Verf. des vorliegenden Grundrisses hat sich vorherrschend auf einen rein praktischen Standpunct gestellt, möglichst kurz, auf eigenen Erfahrungen basirend, behandelt er die Erscheinungen und Therapie der venerischen Krankheiten (Urethritis, Ulcus molle und Syphilis) und in einem Anhang die nicht-venerischen Hauterkrankungen der Genitalien und giebt zum Schluss kurze anatomische Bemerkungen.

Verf. beherrscht sein Material, hat es jedoch unserer Meinung nach nicht praktisch geordnet, da er die einzelnen Erscheinungen der Syphilis von den nicht syphilitischen nicht trennt, so z. B. II. Capitel: «Feigwarzen». Hier wird sowohl das spitze wie breite Condylom abgehandelt. Cap. III — Lymphdrüsenerkrankungen (acuter und chronischer Bubo) behandelt ebenfalls Erscheinungen zweier Krankheiten. Durch derartige Anordnungen geht dem Anfänger die Klarheit des Bildes verloren.

Trotz aller Mängel ist das Buch immerhin recht brauchbar wenn man in Kürze sich über die vener. Erkrankungen informiren will.

Die beigefügten Zeichnungen, von denen die 2 nichtcolorirten eigentlich wenig instructiv, hätten lieber wegbleiben sollen. Die dadurch entstandene Vertheuerung des Buches steht in keinem Verhältniss zu ihrem Werthe. Zeichnungen, und wären es die Ricord'schen, helfen da nichts, das muss gesehen werden.

In einer 2. Auflage, die wir dem Buche wünschen, wird Verf. es hoffentlich nicht verschmähen, den Wünschen der Kritik gerecht zu werden. Aller Anfang ist schwer! P.

Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker. Unter Special-Redaction von A. Wernich herausgegeben von Prof. August Hirsch. Wien, Verlag von Urban u. Schwarzenburg. 1884.

Die Herausgeber dieses, gewiss von allen Aerzten mit Freuden begrüssten Werkes, welches in ca. 4 Bänden von je 45—50 Druckbogen erscheinen soll, stellen sich die Aufgabe, die Bedeutung der hervorragendsten Aerzte aller Zeiten und Völker in biographischer Form, in gedrängter, bestimmter und klarer Darstellung zu entwickeln. Das Werk erscheint in alphabetischer Reihenfolge der Namen der geschilderten Personen. Die Biographien sollen eine gewissenhafte Darstellung der wesentlichen Lebensumstände, Charaktereigenschaften und wissenschaftlichen Leistungen der hervorragendsten Aerzte aller Zeiten und Völker enthalten und eine kritische Erörterung der Beziehungen der letzteren zur Heilkunde im Besonderem sowohl, wie zum geistigen Leben der Menschheit überhaupt geben. Wo es sich um Lebende handelt, ist die Darstellung wesentlich auf die Anführung des Thatsächlichen beschränkt.

Wie aus dem soeben mitgetheilten Programm ersichtlich, haben sich die Herausgeber eine sehr weitgehende Aufgabe gestellt. Hat es auch seither in der medicinischen Schriftstellerwelt an Historikern nicht gefehlt, welche tüchtige Einzelleistungen und hervorragende medicinische Persönlichkeiten in Sammelwerken gruppirten, wie ein dem «Biographischen Lexikon» vorausgeschicktes, 26 Seiten langes Quellenverzeichniss biographischer und bibliographischer Sammelwerke und Schriften beweist, so haben letztere ihren Stoff doch immer nur aus einzelnen Nationen, ja häufig nur aus vereinzelten Provinzen oder wissenschaftlichen Centren eines Landes geschöpft, oder sind in zeitlicher Beziehung sehr eingeschränkt gewesen. Das biographische Lexikon dagegen umfasst alle Nationen und alle Zeitalter, und wird sich gewiss viele Freunde dadurch erwerben, dass es auch die noch Lebenden berücksichtigt. Es schützt sich dadurch selbst am Besten davor, nach wenig Jahren umfangreicher Ergänzungen und Nachträge zu bedürfen, wenn es nicht bald als veraltet erscheinen soll.

Für die Gediegenheit des ganzen Werkes garantirt aber ausser den beiden schon im Titel des Werkes genannten Namen die reichliche Zahl von namentlich aufgeführten Mitarbeitern, — hervorragende Mediciner aus aller Herren Länder, meist Universitätsprofessoren, von welchen ich nur Einige erwähnen will, als Albert, Bardeleben, Eulenburg, v. Fleischl, Gurlt, Haeser, Munk, Puschmann, Samuel, Seitz, Stieda, Stricker etc.

Die uns vorliegenden zwei ersten Lieferungen dieses Werkes bringen uns auf 160 Seiten in alphabetischer Reihenfolge bis auf Apollonius Mus, den bekannten Anhänger des Herophilus. Ausser vielen anderen Namen aus der alten Geschichte und dem Mittelalter, stossen wir auch auf eine ganze Reihe bekannter Persönlichheiten aus unserer Zeit, wie z. B. Abernethy, Addison, Alibert, Ammon, Amussat, Andral etc. Von den um Mitte 1883 noch Lebenden will ich der Vollständigkeit wegen gleichfalls einige bekannte Namen anführen, so Adelmann Aeby, Ahlfeld, Albert. Von allen bedeutenderen Personen bringt das Lexikon ein vollständiges, wenn auch gedrängtes Bild des Lebenslaufes, der medicinischen Ausbildung und Entwickelung, sowie ein vollständiges meist chronologisch geordnetes Verzeichniss der von ihnen verfassten Schriften, so dass es dem wissenschaftlichgebildeten medicinischen Publicum hiermit nochmals auf's Wärmste empfohlen sei. —x.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Färbungs-Methoden zum Nachweis der Fäulnisserregenden und pathogenen Mikroorganismen von Plaut. — Voigt, Leipzig 1884.

— Die für die Allgemeinheit nothwendigen Kenntnisse über Syphilis von Grigorow. — Moskau, 1884. (russ.)

— Zur Diagnose der Darmperforation im Typhus abdom. von Miljanitsch. — Inaug.-Dissert. Würzburg 1884.

— Esmarch's Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Kiel. — Eine neue Amputationsmethode. — Ueberosmiumiumsäure-Injectionen bei peripheren Neuralgien von Neuber. — Lipsius & Tischer, Kiel 1883.

— Thyrotomy for morbid growth by Solis-Cohen. (Sep.-Abd. aus «Laryngology transactions», 1883).

— Materialien zur allgemeinen Nervenmuskelphysiologie. — I. Erregbarkeit des Nerven-Muskelpräparats von Mislawski. — (Aus den «Arbeiten der Naturforscher-Gesellschaft an der Kaiserl. Universität zu Kasan» Th. XII. Heft 6). — Kasan 1884. (russ.)

— Arzt und Patient. Winke für Beide. — Fr. Lacke, Stuttgart, 1884.

— Die Improvisation der Behandlungsmittel im Kriege und bei Unglücksfällen von Cubasch. Mit 113 Holzschn. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1884.

— Handbuch der Laryngoskopie und der Kehlkopfkrankheiten von Nikitin. — I H. St. Pbg. 1884. (russ.)

— Taschenbuch der feldärztlichen Improvisationstechnik von Port. — Mit 188 Holzschnitten. — F. Enke, Stuttgart 1884.

— Handbuch der gerichtl. Medicin in Beziehung zu der Gesetzgebung Deutschlands und des Auslandes von Kornfeld. — Mit 50 Holzschnitten. — F. Enke, Stuttgart, 1884.

— Ueber Delirium tremens in Petersburg nach Daten aus dem Marien-Magdalenenhospital im Verlauf von 30 Jahren von Bary. — Sep.-Abd. aus dem «Wratsch», № 5. (russ.

Jahresbericht des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1883.

Im Laufe des Jahres 1883 fanden 14 wissenschaftliche Sitzungen statt. Das wissenschaftliche Leben des Vereins war wie nachfolgende Daten zeigen ein sehr reges.

Es wurden während genannter 14 Sitzungen 35 mehr oder weniger grosse Vorträge gehalten und zwar:

1) „Ueber den Einfluss der Dentition auf das Allgemeinbefinden des Kindes" von Dr. Dehio.

2) „Ueber einen complicirten Fall von Puerperalfieber mit günstigem Ausgange" von Dr. Bidder.

3) „Ueber einen Fall von Verletzung des Oesophagus mit Ulceration und Perforation in die Aorta" von Dr. Moritz.

4) „Ueber einen Fall von Carcinom des Oesophagus" von Dr. Moritz.

5) „Ueber Roggenmehlfäulniss" von Dr. chem. Poehl.

6) „Ueber Balsamirung" von Dr. Sesemann.

7) „Ueber einen Fall von Laparotomie" von Dr. Bidder.

8) „Ueber Erkrankungen der Symphysis sacro-iliaca" von Dr. G. Tiling.

9) „Ueber die Narcose Kreissender" von Dr. Wiedemann.

10) „Ueber die Aachener Wässer" von Dr. Vossen.

11) „Ueber einen Fall von primärem Pankreaskrebs von Dr. Lösch.

12) „Ueber einen Fall von Pyo-pneumothorax" von Dr. Kernig.

13) „Ueber einen Fall von Echinokokkus der Leber" von Dr. v. Holst.

14) Ueber einen Fall von rheumatischer Lähmung des Nervus laryngeus recurrens" von Dr. Dehio.

15) „Ueber primäre Lungencirrhose" von Dr. Amburger.

16) „Ueber einen Fall von Krebs der Gallenblase und Lebereiterung" von Dr. Moritz.

17) „Ueber einen Fall von Echinokokkus der Leber mit Perforation in die Lunge" von Dr. Selenkow.

18) „Ueber Veränderungen der Ovarien bei tardiver Syphilis" von Dr. Petersen.

19) „Ueber 2 Fälle von Vaginitis ulcerosa dissecans" von Dr. de la Croix.

20) „Ueber die im Elisabeth-Kinderhospital zur Beobachtung gekommenen Fälle von Diphtherie" von Dr. Sesemann.

21) „Ueber einen Fall von Arhinencephalia unilateralis von Dr. Selenkow.

22) „Ueber Dislocationen der Niere" von Dr. Petersen.

23) „Ueber die klinische Bedeutung der acut-entzündlichen subchordalen Schwellung" von Dr. Dehio.

24) „Ueber die praktische Bedeutung des Nachweises der Tuberkelbacillen im Sputum von Dr. Kernig.

25) Ueber eine Geburt bei osteomalacischem Becken" von Dr. Bidder.

26) „Ueber einen Fall von traumatischem Tetanus" von Dr. Selenkow.

27) „Ueber 2 weitere Fälle von Vaginitis ulcerosa dissecans" von *Dr. de la Croix*

28) „Ueber einen Fall von Porencephalie" von Dr. de la Croix.

29) „Ueber künstliche Züchtung der Vaccineorganismen" von Dr. Quist.

30) Ueber einen Fall von carcinomatöser Strictur des Oesophagus mit Anlegung einer Magenfistel" von Dr. Dombrowski.

31) „Ueber die jetzt übliche Wundbehandlung auf der chirurgischen Abtheilung des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg" von Dr. Schmitz.

32) „Ueber die auf der weiblichen chirurgischen Abtheilung des Peter-Paulhospitals eingeführte Wundbehandlung mit Sublimat-Wismuth, secundärer Naht mit Umgehung der Drainage" von Dr. Dombrowski.

33) „Ueber denselben Gegenstand" von Dr. Monastyrski.

34) „Ueber die auf der männlichen chirurgischen Abtheilung des Alexander-Hospitals geübte Wundbehandlung mit Sublimat, primärer Naht mit Umgehung der Drainage" von Dr. G. Tiling, und

35) Ueber die Wundbehandlung mit Jodoform im Elisabeth-Kinderhospital" von Dr. Anders.

Ausser diesen grösseren Vorträgen wurden eine Anzahl kleinerer Mittheilungen gemacht und endlich wurden 13 chirurgische Kranke vorgestellt und zwar:

3 von Dr. Selenkow; 4 von Dr. Dombrowski; 4 von Dr. Monastyrski und 3 von Dr. G. Tiling.

Secretair Dr. Lange.

Aus dem letzten (6.) Berichte des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Geheimen Regierungsraths Dr. Koch, datirt Calcutta, den 2. Februar 1884, können wir Folgendes mittheilen:

«Die in meinem letzten Berichte vom 7. Januar c. noch unentschieden gelassene Frage, ob die im Choleradarm gefundenen Bacillen ausschliesslich der Cholera angehörige Parasiten sind, kann nunmehr als gelöst angesehen werden.

Es war anfangs ausserordentlich schwierig wegen der ungleichen Verhältnisse, unter welchen die pathologischen Veränderungen im Choleradarm sich darbieten, und wegen der grossen Zahl der stets im Darm vorhandenen Bacterien das Richtige herauszufinden. In den meisten Fällen erfolgt nämlich der Tod nicht auf der eigentlichen Höhe des Choleraprocesses, sondern in der sich unmittelbar daran schliessenden Reactionsperiode, in welcher so bedeutende Veränderungen in der Beschaffenheit des Darms und seines Inhaltes eintreten, dass es unmöglich ist, aus solchen Fällen allein eine klare Vorstellung von dem Choleraprocess zu gewinnen. Erst wenn man eine Anzahl von uncomplicirten Fällen zu seciren und frische Erkrankungsfälle damit zu vergleichen Gelegenheit gehabt hat, gelingt es einen richtigen Einblick in die pathologischen Verhältnisse der Cholera zu gewinnen. Aus diesem Grunde war es geboten, in der Deutung der in Bezug auf die Cholera-Bacterien erhaltenen Befunde die grösste Vorsicht walten zu lassen und so lange mit einem bestimmten Urtheil über ihr causales Verhältniss zur Cholera zurückzuhalten, bis die volle Ueberzeugung davon gewonnen war.

Im letzten Berichte konnte ich bereits gehorsamst mittheilen, dass an den Bacillen des Choleradarms besondere Eigenschaften aufgefunden wurden, durch welche sie mit aller Sicherheit von anderen Bacterien zu unterscheiden sind. Von diesen Merkmalen sind folgende die am meisten charakteristischen: Die Bacillen sind nicht ganz gradlinig wie die übrigen Bacillen, sondern ein wenig gekrümmt, einem Komma ähnlich. Die Krümmung kann mitunter sogar soweit gehen, dass das Stäbchen fast eine halbkreisförmige Gestalt annimmt. In den Reinculturen entstehen aus diesen gekrümmten Stäbchen oft S-förmige Figuren und mehr oder weniger lange, schwach wellenförmig gestaltete Linien, von denen die ersteren zwei Individuen und die letzteren einer grösseren Zahl der Cholerabacillen entsprechen, die bei fortgesetzter Vermehrung im Zusammenhange geblieben sind. Sie besitzen ausserdem Eigenbewegung, welche sehr lebhaft und am besten in einem am Deckglas suspendirten Tropfen Nährlösung zu beobachten ist; in einem solchen Präparat sieht man die Bacillen mit grosser Geschwindigkeit nach allen Richtungen durch das mikroskopische Gesichtsfeld schwimmen.

Ganz besonders charakteristisch ist ihr Verhalten in Nährgelatine, in welcher sie farblose Colonien bilden, welche anfangs geschlossen sind und so aussehen, als ob sie aus stark glänzenden kleinen Glasbrocken zusammengesetzt sind. Allmälig verflüssigen diese Colonien die Gelatine und breiten sich dann bis zu einem mässigen Umfang aus. In Gelatineculturen sind sie daher durch dies eigenthümliche Aussehen mit grosser Sicherheit mitten zwischen anderen Bacteriencolonien zu erkennen und können von diesen auch leicht isolirt werden. Ausserdem lassen sie sich auch ziemlich sicher durch die Cultur in hohlen Objectträgern nachweisen, da sie sich immer an den Rand des Tropfens der Nährflüssigkeit begeben und daselbst an ihren eigenthümlichen Bewegungen und nach Anwendung von Anilinfarblösungen an der kommaähnlichen Gestalt erkannt werden können.

Bis jetzt sind 22 Choleraleichen und 17 Cholerakranke in Calcutta zur Untersuchung gelangt. Alle diese Fälle wurden sowohl mit Hülfe der Gelatineculturen, als auch in mikroskopischen Präparaten, meistens zugleich auch noch durch die Culturen in hohlen Objectträgern auf das Vorhandensein der specifischen Bacterien geprüft, und ausnahmslos konnten die kommaähnlichen Bacillen nachgewiesen werden.

Dieses Resultat, zusammengenommen mit dem in Egypten erhaltenen, berechtigt zu dem Schlusse, dass die Bacterienart regelmässig im Choleradarm vorkommt.

Zur Controle wurden dagegen ganz in derselben Weise untersucht: 28 andere Leichen (davon 11 Dysenterien), ferner Ausleerungen eines Falles von einfacher Diarrhoe, von Dysenterie und von einem Gesunden nach überstandener Cholera, dann noch verschiedene Gesunde, sowie an Darmgeschwüren und Pneumonie gestorbene Thiere, schliesslich auch mit putriden Massen verunreinigtes Wasser (verschiedene Proben von städtischer Spüljauche, Wasser aus stark verunreinigten Sümpfen, Sumpfschlamm, unreines Flusswasser). Es gelang aber nicht ein einziges Mal, weder im Magen oder Darm der Menschen- oder Thierleichen, noch in den Ausleerungen oder in den an Bacterien überaus reichen Flüssigkeiten die Cholerabacillen nachzuweisen. Da durch Arsenikvergiftung ein der Cholera sehr ähnlicher Krankheitsprocess bewirkt werden kann, so wurde auch ein solcher Versuch angestellt und ein Thier nach Arsenikvergiftung auf das Vorkommen der Kommabacillen in den Verdauungsorganen geprüft, aber ebenfalls mit negativem Erfolge.

Aus diesen Resultaten ist nun weiter der Schluss zu ziehen, dass die kommaähnlichen Bacillen ganz allein der Cholera eigenthümlich sind.

Was nun das Verhältniss dieser Bacterien zur Cholera betrifft, so kann dasselbe, wie in einem früheren Berichte bereits gehorsamst auseinandergesetzt wurde, entweder ein derartiges sein, dass diese specifische Art von Bacterien in ihrem Wachsthum durch den Choleraprocess lediglich begünstigt wird und sich deswegen in so auffallender Weise mit der Cholera combinirt, oder dass die Bacterien die Ursache der Cholera sind, und die Krankheit nur dann entsteht, wenn diese specifischen Bacterien ihren Weg in den Darm des Menschen gefunden haben. Die erstere Annahme ist indessen aus folgenden Gründen nicht zulässig. Es musste nämlich vorausgesetzt werden, dass ein Mensch, wenn er cholerakrank wird, diese Art von Bacterien bereits in seinem Verdauungscanal hat, und dass ferner, da diese besonderen Bacterien sowohl in Egypten, als auch in Indien, zwei ganz getrennten Ländern, in einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen ausnahmslos constatirt wurden, überhaupt jeder Mensch dieselben besitzen muss. Dies kann aber nicht der Fall sein; denn wie bereits angeführt wurde, sind die kommaähnlichen Bacillen niemals ausser in Cholerafällen gefunden.

Selbst bei Darmaffectionen, wie Dysenterie und Darmkatarrh, zu welchen die Cholera besonders häufig hinzutritt, fehlten sie. Auch ist zu berücksichtigen, dass, wenn diese Bacterien so regelmässig im menschlichen Körper vorhanden wären, sie doch gewiss schon früher das eine oder andere Mal beobachtet wären, was ebenfalls nicht der Fall ist.

Da also die Vegetation dieser Bacterien im Darm nicht durch die Cholera bewirkt sein kann, so bleibt nur noch die zweite Annahme übrig, dass sie die Ursache der Cholera sind. Dass dies aber auch in der That so ist, dafür spricht noch eine Anzahl anderer Thatsachen in untrüglicher Weise. Vor Allem ihr Verhalten während des Krankheitsprocesses. Ihr Vorkommen beschränkt sich auf dasjenige Organ, welches der Sitz der Krankheit ist, auf den Darm. Im Erbrochenen konnten sie bisher nur zweimal nachgewiesen werden und in beiden Fällen liess das Aussehen und die alkalische Reaction der erbrochenen Flüssigkeit erkennen, dass Darminhalt und mit diesem die Bacterien in den Magen gelangt waren. Im Darm selbst verhalten sie sich folgendermaassen: In den ersten Ausleerungen der Kranken finden sich, so lange sie noch eine fäculente Beschaffenheit haben, nur wenige Cholerabacillen; die dann folgenden wässerigen, geruchlosen Ausleerungen dagegen enthalten die Bacillen in grosser Menge, während dann gleichzeitig alle übrigen Bacterien fast vollkommen verschwinden, so dass die Cholerabacillen in diesem Stadium der Krankheit nahezu eine Reincultur im Darm bilden. Sobald der Choleraanfall aber abnimmt und die Ausleerungen wieder fäculent werden, verschwinden die kommaähnlichen Bacterien in den Ausleerungen allmälig wieder und sind nach dem vollständigen Ueberstehen der Krankheit überhaupt nicht mehr zu finden. Ganz ähnlich ist auch der Befund in den Choleraleichen. Im Magen wurden keine Cholerabacillen angetroffen. Der Darm verhielt sich verschieden, je nachdem der Tod noch während des eigentlichen Choleraanfalls oder nach demselben eingetreten war. In den frischesten Fällen, in denen der Darm eine gleichmässige hellrothe Färbung zeigt, die Schleimhaut noch frei von Blutergüssen ist und der Darminhalt aus einer weisslichen geruchlosen Flüssigkeit besteht, finden sich die Cholerabacillen im Darm in ganz enormen Massen und nahezu rein. Ihre Vertheilung entspricht ganz genau dem Grade und der Ausbreitung der entzündlichen Reizung der Darmschleimhaut, indem sie gewöhnlich im oberen Theile des Darms nicht so zahlreich sind, aber nach dem unteren Theil des Dünndarms hin zunehmen. Tritt dagegen der Tod später ein, dann finden sich die Zeichen einer bedeutenden Reaction im Darm. Die Schleimhaut ist dunkel geröthet, im unteren Theil des Dünndarms von Blutextravasaten durchsetzt und oft in den oberflächlichsten Schichten abgestorben. Der Darminhalt ist in diesem Falle mehr oder weniger blutig gefärbt und in Folge der nun wieder eintretenden massenhaften Entwickelung von Fäulnissbacterien von putrider Beschaffenheit und stinkend. Die Cholerabacterien treten in diesem Stadium im Darminhalt immer mehr zurück, sind aber in den schlauchförmigen Drüsen und oft auch in deren Umgebung noch eine Zeit lang ziemlich reichlich vorhanden, ein Umstand, der zuerst auf das Vorkommen dieser eigenthümlichen Bacterien im Darm der egyptischen Choleraanfälle aufmerksam gemacht hatte. Sie fehlen nur in solchen Fällen vollständig, welche nach überstandenem Choleraanfall an einer Nachkrankheit sterben.

Die Cholerabacterien verhalten sich also genau so, wie alle anderen pathogenen Bacterien. Sie kommen ausschliesslich in der ihnen zugehörigen Krankheit vor; ihr erstes Erscheinen fällt mit dem Beginn der Krankheit zusammen, sie nehmen an Zahl dem Ansteigen des Krankheitsprocesses entsprechend zu und verschwinden wieder mit dem Ablauf der Krankheit. Ihr Sitz ist ebenfalls der Ausbreitung des Krankheitsprocesses entsprechend und ihre Menge ist auf der Höhe der Krankheit eine so bedeutende, dass ihre verderbliche Wirkung auf die Darmschleimhaut erklärt wird.

Es wäre allerdings noch zu wünschen, dass es gelingen möchte, mit diesen Bacterien eine der Cholera analoge Krankheit an Thieren künstlich zu erzeugen, um ihr ursächliches Verhältniss zur Krankheit auch ad oculos zu demonstriren. Dies ist jedoch noch nicht gelungen, und es muss auch fraglich erscheinen, ob es jemals gelingen wird, weil allem Anscheine nach Thiere für die Cholerainfection unempfänglich sind. Könnte irgend eine Thierspecies an Cholera erkranken, dann hätte dies in Bengalen, wo während des ganzen Jahres und über das ganze Land hinweg der Cholera-Infectionsstoff verbreitet ist, irgend einmal in zuverlässiger Weise beobachtet werden müssen. Aber alle darauf gerichteten Erkundigungen sind negativ ausgefallen.

Dennoch kann die Beweiskraft der vorhin angeführten Thatsachen durch das Nichtgelingen des Thierexperimentes nicht abgeschwächt werden. Auch bei anderen Infectionskrankheiten tritt uns dieselbe Erscheinung entgegen, so zum Beispiel beim Abdominaltyphus und bei der Lepra, zwei Krankheiten, denen ebenfalls specifische Bacterien zukommen, ohne dass es bisher gelungen ist, diese Krankheiten auf Thiere zu übertragen, und doch ist die Art und Weise des Vorkommens der Bacterien in diesen Krankheiten eine solche, dass unabweisslich die Bacterien als die Ursache der Krankheit angesehen werden müssen. Dasselbe gilt auch von den Cholerabacterien.

Uebrigens hat das weitere Studium der Cholerabacterien noch mehrere Eigenschaften derselben erkennen lassen, welche sämmtlich mit dem was über die Choleraätiologie bekannt ist, in Einklang stehen, mithin als weitere Bestätigung für die Richtigkeit der Annahme, dass die Bacillen die Choleraursache sind, dienen können.

Am bemerkenswerthesten in dieser Beziehung ist die wiederholt gemachte Beobachtung, dass in der Wäsche der Cholerakranken, wenn sie mit den Dejectionen beschmutzt war und während 24 Stunden in feuchtem Zustande gehalten wurde, die Cholerabacillen sich in ganz ausserordentlicher Weise vermehrten. Es kann dieses Verhalten eine Erklärung für die bekannte Thatsache geben, dass die Cholerawäsche so häufig die Veranlassung zur Infection solcher Personen abgiebt, welche damit zu thun haben. Durch diese Beobachtung aufmerksam gemacht, wurden weitere Versuche angestellt und gefunden, dass dieselbe Erscheinung eintritt, wenn Cholera-dejectionen oder Darminhalt von Choleraleichen auf der feucht gehaltenen Oberfläche von Leinwand, Fliesspapier und ganz besonders auf der Oberfläche feuchter Erde ausgebreitet wird. Nach 24 Stunden hatte sich regelmässig die ausgebreitete dünne Schleimschicht vollständig in eine dichte Masse von Cholerabacillen verwandelt.

Eine weitere sehr wichtige Eigenschaft der Cholerabacterien ist die, dass sie nach dem Eintrocknen so rasch absterben, wie kaum eine andere Bacterienart. Gewöhnlich ist schon nach dreistündigem Trocknen alles Leben in ihnen erloschen.

Es hat sich ferner noch ergeben, dass ihr Wachsthum nur in alkalisch reagirenden Nährsubstanzen regelrecht erfolgt. Schon eine sehr geringe Menge freier Säure, welche das Wachsthum anderer Bacterien noch nicht merklich beeinflusst, hält sie in der Entwickelung auffallend zurück.

Im normal functionirenden Magen werden sie zerstört, was daraus hervorgeht, dass wiederholt bei Thieren, welche anhaltend mit Cholerabacillen gefüttert und dann getödtet waren, weder im Magen noch im Darmcanal die Bacillen nachgewiesen werden konnten. Diese letztere Eigenschaft zusammen mit der geringen Widerstandsfähigkeit gegen das Eintrocknen giebt eine Erklärung dafür, dass, wie es die tägliche Beobachtung lehrt, bei dem unmittelbaren Verkehr mit den Cholerakranken und deren Producten so selten eine Infection erfolgt. Es müssen offenbar, damit die Bacillen in den Stand gesetzt werden, den Magen zu passiren und dann im Darm den Choleraprocess hervorzurufen, noch besondere Umstände zu Hülfe kommen. Vielleicht können die Bacillen unbeschädigt durch den Magen gehen, wenn die Verdauung gestört ist, wofür die in allen Choleraepidemien und auch hier in Indien regelmässig gemachte Beobachtung spricht, dass besonders häufig solche Menschen an Cholera erkranken, welche sich eine Indigestion zugezogen haben oder sonst an Verdauungsstörungen leiden. Vielleicht aber befähigt auch ein besonderer Zustand, in welchen diese Bacterien versetzt werden und welcher dem Dauerzustande anderer Bacterien analog sein würde, dieselben, den Magen unbeschädigt passiren zu können.

Es ist allerdings nicht wahrscheinlich, dass diese Veränderung *in* der Production von Dauersporen besteht, da solche Sporen erfahrungsgemäss viele Monate, selbst Jahre lebensfähig bleiben, während sich das Choleragift nicht länger als ungefähr drei bis vier Wochen wirksam erhält. Trotzdem ist es sehr wohl denkbar, dass irgend eine andere Form von Dauerzustand existirt, in welcher die Bacillen einige Wochen in getrocknetem Zustande am Leben bleiben können und in welchem sie auch im Stande sind, der zerstörenden Wirkung der Magenverdauung zu widerstehen.

Die Umwandlung in einen solchen Zustand würde dem entsprechen, was Pettenkofer als Reifung des Cholera-Infectionsstoffes bezeichnet hat. Bis jetzt ist es noch nicht gelungen, einen solchen Dauerzustand der Cholerabacillen zu entdecken.

Die von den experimentellen Arbeiten nicht in Anspruch genommene Zeit hat die Commission benutzt, um ein sehr reichhaltiges Material über die Choleraverhältnisse Indiens und speciell Bengalens, des endemischen Choleragebietes, entsprechend den in meinem gehorsamsten Bericht vom 16. December v. J. unter № VII bezeichneten Puncten, zu sammeln.

Ausserdem wurden verschiedene für die Cholera sehr wichtige Puncte in Calcutta und dessen nächster Umgebung besichtigt, unter denen besonders das Fort William und das Centralgefängniss in Alipore zu erwähnen sind.

Vermischtes.

— Die *Fortbildungscurse für Aerzte* am hiesigen Marienhospital, über welche wir bereits früher Mittheilung gemacht haben, sind am 4. März durch den Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin Maria eröffnet worden. Die Zahl der Theilnehner beläuft sich nach der «Russkaja Medicina» auf mehr als 300 Personen, von denen die Mehrzahl Aerzte, die übrigen Studenten der militärmedicinischen Academie aus dem V. Cursus sind.

— Die bei der hiesigen Stadtduma bestehende Sanitätscommission wird in eine ständige Stadt-Medicinalverwaltung umgewandelt. Bei derselben sollen ein Arzt und ein Geschäftsführer mit je 2400 Rbl. Gehalt, mehrere Gehülfen des Geschäftsführers und Kanzelleibeamte angestellt werden. Die Unterhaltung dieser neuen Einrichtung beansprucht eine Mehrausgabe von über 20,000 Rbl. aus der Stadtkasse. 12,000 Rbl. sind allein für sanitärische Besichtigungen, Ausführung von Versuchen etc. bestimmt.

— Am 1. März c. feierte der Staatsrath Mag. pharmac. Joh. Mossin sein 35-jähriges Dienstjubiläum. Am 24. Februar c. vollendeten sich 25 Jahre seiner Thätigkeit in der Apotheke des

hiesigen Findelhauses. M. erfreut sich trotz seiner 67 Lebensjahre noch einer seltener Rüstigkeit und Geistesfrische.

— Der bekannte Breslauer Professor der Physiologie Dr. Heidenhain beging am 2. (14.) März sein 25-jähriges Professoren-Jubiläum.

— In Leipzig ist der Pastor der dortigen medicinischen Facultät, Geh.-Rath Dr. Justus Radius, Professor der Pharmakologie und Hygiene, im Alter von 86 Jahren gestorben. Der Universität Leipzig hat der Verstorbene 62 Jahre activ angehört. (A. m. C.-Ztg.)

— Am 23. Februar verstarb in Tiflis der Consultant des dortigen 2. Militärhospitals Dr. St. Schtschetnikow.

— Der Inspector der Medicinalabtheilung der Gouvernements-Regierung von Saratow, wirkl. Staatsrath Dr. Rydziewski ist auf seine Bitte wegen Krankheit verabschiedet und an seiner Stelle sein bisheriger Gehülfe, wirkl. Staatsrath Dr. Norden stellvertretend ernannt worden.

— Wie der Telegraph aus Calcutta meldet, beabsichtigt die Deutsche wissenschaftliche Commission zur Erforschung der Cholera in nächster Zeit Goalpara und Darjiling zu besuchen und dann nach Deutschland zurückzukehren.

— Die «Allgm. Med. Centrl.-Ztg.» bringt der «Preussischen Statistik» entnommene Daten *über die Gebrechlichen in der Bevölkerung Preussens*, welchen wir entnehmen, dass es in Preussen nach den Ergebnissen der Volkszählung am 1. December 1880—22,677 Blinde, 27,794 Taubstumme und 66,345 Geisteskranke bei einer Bevölkerungsziffer von 27,279,111 gab, so dass auf je 10,000 Einwohner 8,3 Blinde, 10,2 Taubstumme und 24,3 Geisteskranke kommen. Fast dieselben Zahlen hat der bayerische Statistiker Dr. Mayr bei der Untersuchung der Gebrechenzustände von 19 deutschen Bundesstaaten mit 37,266,089 Einwohnern nach der Zählung von 1871 gefunden, denn danach kamen auf je 10,000 Bewohner 8,9 Blinde, 9,6 Taubstumme und in 12 deutschen Staaten durchschnittlich 23 Geisteskranke und zwar 13,9 Blödsinnige und 9 Irrsinnige. In Irrenanstalten waren in Preussen im Jahre 1871 von 100 Geisteskranken erst 21,4 untergebracht, im Jahre 1880 aber bereits 28,5.

Das Fest-Diner

zur Feier des 25-jährigen Bestehens des allg. Vereins St. Petersburger Aerzte findet statt im Hôtel d'Angleterre, um 7 Uhr Abends. Anmeldungen werden angenommen bis inclus. den 22. März in der Buchhandlung von Ricker oder im Hôtel Angleterre am Isaaks-Garten.

Berichtigung.

In der vorigen № (10) der Wochenschrift ist gesagt worden dass die «Grosshändler-Zunft» in London einen Preis für Entdeckungen auf dem Gebiete der Sanitäts-Wissenschaft ausgesetzt habe; es muss heissen: *Die Genossenschaft der Materialwaaren-Händler.*

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 4. bis 10. März 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
433	326	759	119	74	136	15	12	20	81	81	66	62	49	30	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 24, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 2, Masern 45, Scharlach 7, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 22, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 36, andere Gehirnkrankheiten 42, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 28, acute Entzündung der Athmungsorgane 116, Lungenschwindsucht 136, andere Krankheiten der Brusthöhle 23, Gastro-intestinal-Krankheiten 95, andere Krankheiten der Bauchhöhle 26, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 46, Marasmus senilis 28, Cachexia 17.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 18.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	17—23 Febr.	181 732	81	7	23,3	8,6	36,2
Kopenhagen	20—26 Febr.	267 000	99	10	19,3	10,1	35,2
Berlin	24 Fbr. - 1. März	1 225 065	543	86	23,0	15,8	37,8
Wien	24 Fbr. - 1. März	759 849	444	37	30,4	8,3	39,7
Brüssel	17—23 Febr	171 293	71	7	21,6	7,8	32,8
Paris	22—28 Febr.	2 239 928	1143	171	26,5	14,9	27,0
London	24 Fbr. - 1. März	4 019 361	1483	186	19,3	12,5	35,6
St. Petersburg	**2—8 März.**	**928 016**	**760**	**121**	**42,5**	**15,9**	**20,0**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. März 1884.

Fest-Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Freitag den 23. März, 5 Uhr.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 16 Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction
von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung von C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 12. **St. Petersburg, 24. März (5. April)** **1884.**

Drei Vergiftungen, — durch Ergotin oder Phosphor?

Von
N. N.

Am 11. April 1882 Abends wurde ich in die Wohnung der Frau A. abgerufen und fand dort bereits mehrere Aerzte mit fruchtlosen Wiederbelebungsversuchen an der eben verstorbenen A. beschäftigt. Mittlerweile wurden wir auf die ebenfalls erkrankte, in demselben Quartier verweilende Wäscherin B. aufmerksam gemacht. Wir fanden sie laut ächzend im Bett, pulslos, mit sehr schwacher Herzthätigkeit, sie erbrach nicht, klagte über heftige Schmerzen in der Herzgrube und im Rücken, athmete rasch und oberflächlich, hatte brennenden Durst, ihre Pupillen reagirten auf Lichtreiz. Ihr Sensorium war frei. Sie konnte sich nur mit Mühe aufrichten um zu trinken, und verlangte immer nach Wasser. Trotz der Darreichung von Reizmitteln (Hoffmannstropfen innerlich und subcutan, starkem Wein) verschied sie in der Nacht auf den 12. April.

Gleichzeitig war auch die Schwester der Frau A., Fräulein C. erkrankt. Sie wurde am Abende des 11. in eine benachbarte Wohnung transportirt und über den Verlauf ihrer Krankheit theilte der sie behandelt habende Arzt Folgendes nachträglich der Behörde mit: Am Morgen des 12. April zeigte sie ein blasses Gesicht, wirre Züge, enge Pupillen, kühle Haut, eine russig belegte trockene Zunge, einen kleinen frequenten Puls. Die Antworten waren verwirrt, unverständlich, lallend. Keine Schmerzen im Leibe, auch kein Erbrechen; beides soll aber bis zum Tage vorher dagewesen sein. Heftiger Durst, Uterinblutung (angeblich frühzeitige Menses). Um Mittagszeit hatte die Schwäche des Pulses zugenommen, das Bewusstsein war noch mehr getrübt. Gegen Abend war völlige Pulslosigkeit zu beobachten nebst tiefer stöhnender Athmung. Bald darauf trat der Tod ein.

Nach Aussage des Dienstmädchens R. habe sowohl sie selber, als auch die drei Verstorbenen sich am Abende des 7. April (angeblich nachdem sie zu Mittag geräucherte, in Butter gebratene Butten gegessen) unwohl gefühlt. Ihr selber sei nur übel geworden, und sei das rasch vorübergegangen, die drei Verstorbenen hätten aber erbrochen, das Erbrochene der Frau A. hätte sehr übel, «nach Schwefel» gerochen. Dabei seien alle drei noch umhergegangen. Am 8. seien Frau A. und ihre Schwester C. in die Badstube gegangen und hätten dort ein heisses Bad genommen, ebenso am 10. Frau A. in ihrer, der R. Begleitung. Am Abende des 11., als Frau A. immer schlechter geworden, habe sie, die R., ihr proponirt einen Arzt holen zu lassen, das sei ihr aber entschieden untersagt worden. Bald darauf sei sie verschieden. Die herzugerufenen Aerzte fanden sie bereits todt. Das Erbrochene war bei Seite geschafft.

Frau A. lebte seit dem September a. p. von ihrem Manne getrennt; die Wäscherin B. war unverheirathet, hatte aber mehrere uneheliche Kinder.

Section der Wäscherin B. am 13. April, Vormittags.

Aeussere Untersuchung. Defuncta etwa 30 Jahre alt, gut genährt, Hautfarbe blassgelblich. Todtenstarre vorhanden, an den abhängigen Theilen Todtenflecken. Die Mundhöhle leer, die Zunge schwärzlich belegt. An der Lippen-, Mund- und Zungenschleimhaut keine Verschorfungen, Arrosionen oder drgl. Brüste schlaff, Leib aufgetrieben, zeigt alte Schwangerschaftsnarben. Die Haut an der Innenseite der Oberschenkel blutbefleckt.

Innere Untersuchung. A. Brusthöhle. Das Unterhautzellgewebe über Brust und Bauch gelblich gefärbt. Im Unterhautzellgewebe findet man grössere und kleinere Ekchymosen. Die Lungen an den Spitzen adhärent, unter dem Rippenfell längs des Verlaufs der Zwischenrippenräume längliche Ekchymosen. Das Herz sehr schlaff, das Muskelfleisch lehmfarben, unter dem Visceralblatt des Herzbeutels am linken Herzrande stecknadelkopfgrosse Ekchymosen, beide Herzhälften und die Hohlvenen blutleer. Klappenapparat normal, ebenso die Weite der Ostien. An den untern Lungenlappen hier und da subpleurale Ekchymosen. Die Lungen überall lufthaltig, an den abhängigen Theilen der obern und an den untern Lappen ödematös, nicht blutreich, der mittlere Lappen rechts blutarm. Die Rachenschleimhaut sowie der Zungengrund schwärzlich belegt. Der Oesophagus nirgends arrodirt. Die Bronchialschleimhaut glatt, nicht gelockert, leicht livid verfärbt. Das Blut, das sich spärlich in der Brusthöhle angesammelt hat, dunkel, völlig gerinnselfrei.

B. Bauchhöhle. Am Parietalblatt des Bauchfells, dem Netz und Gekröse findet man reichliche grössere und kleinere Ekchymosen, am Grunde der Bauchhöhle stellen sie umfangreiche Suffusionen dar. Am Grunde der Bauchhöhle etwas blutig seröse Flüssigkeit. Die Leber ist prall gespannt, die Ränder abgerundet. Die Leberschnittfläche sieht gelb mit einem Stich ins Ockergelbe aus, sie ist ganz gleichmässig, indem die Läppchenzeichnung ganz verwischt ist, und hinterlässt auf dem Messer einen starken Fettbeschlag. Das Peritonäum um die Gallenblase ist blutig suffundirt, in der Gallenblase befindet sich etwas gelblicher Schleim, die Gallenblasenschleimhaut stark geröthet. Die Milz schlaff, von mittlerem Blutgehalt. Die Nieren schlaff, blutarm, die corticalis und columnae Bertini nicht

verbreitert, gelb gefärbt, die Zeichnung der Pyramiden verwischt. Um das Nierenbecken eine Ekchymose. Der Magen enthält eine dunkel-chocoladenfarbene Flüssigkeit. Seine Schleimhaut ist blass, nirgends arrodirt, nirgends ekchymosirt, verbreitet keinen Geruch. Die Dünndarmschlingen sehen von aussen dunkellividroth aus. Der Dünndarm wird von der valv. Bauhini aus geöffnet. Im Ileum befindet sich blasser Chymus ohne Gallenbeimengung, die Schleimhaut daselbst blass, ohne Gefässramificationen. Im Jejunum wird der Darminhalt rasch theerschwarz, mehr nach oben zu dunkelroth, die Darmschleimhaut ist durch Blutimbibition gleichmässig schmutzigroth gefärbt, zeigt keine Gefässinjection, ist leicht geschwellt, gelockert, nirgends arrodirt. Im Duodenum ist der Inhalt wieder etwas weniger roth, auch die Schleimhaut blasser gefärbt. Im Dickdarm grosse Mengen harten lehmfarbenen Koths ohne alle Gallenfärbung. Blase contrahirt, leer. Der Uterus überragt um 3 Fingerbreiten die Schamfuge. Bei Herausnahme des Uterus findet man in der Scheide blutigen Schleim. Das Uterusgewebe hypertroph, blutreich, in seiner Höhle findet man einen Fötus im 4. Monat. Die Placenta ist schon gebildet.

C. Kopfhöhle. Harte und weiche Hirnhaut blutarm. Ebenso die Adergeflechte. Hirnventrikel leer, Seh- und Streifenhügel unversehrt, im Mark der grossen Hemisphären sehr spärliche Blutpuncte.

Section der Frau A. am 13. April, Nachmittags.

Aeussere Untersuchung. Defuncta 25 Jahre alt, von hoher Statur, gut genährt. Todtenstarre vorhanden, an den abhängigen Theilen Todtenflecken. Die Zunge graulich belegt, der harte Gaumen graubläulich gefärbt, in der Rachenhöhle eine bräunliche Flüssigkeit. An der Mundschleimhaut keine Arrosionen, Verschorfungen oder dergl. Brüste schlaff, Leib aufgetrieben, leicht grünlich verfärbt, zeigt alte Schwangerschaftsnarben. Die Innenfläche der Oberschenkel blutbefleckt. Am linken Oberschenkel und an beiden Unterschenkeln je eine 15kopekengrosse Blutsugillation; zwei sind bläulich, eine grünlich gefärbt.

Innere Untersuchung. A. Brusthöhle. Das Unterhautzellgewebe an Brust und Bauch gelblich gefärbt, in ihm zahlreiche kleine Blutextravasate. Unter dem Rippenfell, namentlich aber im Mediastinum und über dem Herzbeutel zahlreiche grössere und kleinere Ekchymosen. An der Herzbasis und am Ursprung der grossen Gefässe subpericardiale Ekchymosen. Das Herz sehr schlaff, die Herzmuskulatur graugelb gefärbt, Weite der Ostien und Klappenapparat normal, beide Herzhälften sowie die Hohlvenen blutleer, das Endocardium blutig imbibirt. An den Lungenwurzeln ausgebreitete Blutsuffusionen, an den untern Lungenlappen subpleurale Ekchymosen. Die oberflächlichen Lungenabschnitte sind blutarm, die abhängigen blutreicher, leicht ödematös. Die Bronchialschleimhaut glänzend, nicht gelockert, blass. Das Blut, das sich hinten im Thorax angesammelt hat, ist dunkel, völlig gerinnselfrei.

B. Bauchhöhle. Im Netz zahlreiche grössere und kleinere Ekchymosen, ebenso im Gekröse und zwar längs des Ansatzes desselben an den Darm, weiter um die Milz herum und an dem die Lendenmuskeln überziehenden Bauchfellabschnitt. Die Lebercapsel ist prall gespannt, der untere Leberrand abgerundet, das Lebergewebe blutarm, gelb, die Läppchenzeichnung verwischt, auf dem Messer bleibt ein starker Fettbeschlag. Um die Gallenblase eine Blutsuffusion, sie enthält etwas kaffeebraune Galle, ihre Schleimhaut dunkelschwarzbraun. Die Milz klein, schlaff, blutarm. Die Nieren sind schlaff, blutarm, die Rindenschicht nicht verbreitert, leicht gelblich gefärbt. Um das Nierenbecken herum eine Ekchymose. Die Serosa des Magens ist am Fundus in grösserer Ausdehnung suffundirt, die Schleimhaut am Fundus punctförmig ekchymosirt, im Uebrigen blass, nirgends arrodirt. Der Magen enthält zum Theil unzerkaute Apfelsinenstücke. Die oberflächlichen Dünndarmschlingen sehen blass, die zum kleinen Becken hin gelegenen schmutzigroth aus. Das Duodenum und Jejunum enthalten gelblichen, undurchsichtigen Schleim, ihre Schleimhaut ist nicht gelockert, nicht geschwellt, blass. Im Ileum wird der Inhalt allmälig dunkelroth, blutig, sehr schleimig, die Schleimhaut röthlich imbibirt, ohne Gefässramificationen zu zeigen. Gegen die valv. Bauhini zu nimmt die Beschaffenheit des Inhalts und der Schleimhaut allmälig wieder ab. Im Dickdarm recht viel gallig gefärbten Koths. Die Blase contrahirt, leer. Im rechten Eierstock findet man ein grosses corpus luteum. Der Uterus war vergrössert, in seiner Höhle findet man einen rundlichen Körper: es sind das Chorionzotten, die eine kleine, wassergefüllte Höhle umschliessen, in welcher ein 4—6 Wochen alter Fötus sich befindet. Zwischen Chorionzotten und Uterinwand befindet sich eine dünne Lage lockerer Blutgerinnsel.

Die Kopfhöhle wurde nicht geöffnet.

Section des Fräulein C., am 14. April, Vormittags.

Aeussere Untersuchung. Defuncta ist 21 Jahre alt. Die Hautdecken und die Sclerotica sind leicht icterisch gefärbt. Der Ernährungszustand ein guter. Todtenstarre vorhanden, an den abhängigen Theilen Todtenflecken. Zunge leicht bräunlich belegt. An der Mundschleimhaut keine angeätzten oder geschwürigen Stellen. Die Brüste geschwellt, turgescirend, Warzenhof stark gebräunt. Der Leib leicht grünlich gefärbt, vom Nabel erstreckt sich zur Schamfuge eine leicht gebräunte Linie. Zwischen den Schamlippen ragt ein blutklumpenähnlicher Körper hervor. Es zeigt sich, dass es die von Chorionzotten umgebenen Eihäute eines Fötus sind. Das Ei war bereits geplatzt und den Fötus selbst fand man nicht mehr vor, wohl aber die abgerissene Nabelschnur. Die Placenta begann sich bereits zu bilden. Am linken Unterschenkel eine kleine sugillirte Hautstelle.

Innere Untersuchung. A. Brusthöhle. Das Unterhautzellgewebe über Brust und Bauch icterisch gefärbt, in ihm spärliche kleine Extravasate. Unter der Rippenpleura spärliche kleine Ekchymosen. Ueber dem Mediastinum und Herzbeutel sind sie wieder recht reichlich. Am Ursprung der grossen Gefässe, an der Herzbasis und an beiden Herzrändern zahlreiche subpericardiale Ekchymosen. Das Herz schlaff, seine Muskulatur gelb, beide Herzhälften und die Hohlvenen blutleer. Weite der Ostien und Klappenapparat normal. Endocardium nicht imbibirt, unter ihm in der linken Kammer eine kleinerbsengrosse Ekchymose. An den Lungenwurzeln ausgebreitete Blutsuffusionen. An den untern Lungenlappen stecknadelkopfgrosse subpleurale Ekchymosen. Die obern Lappen blutarm, die untern hypostatisch. Die Bronchien enthalten leicht icterischen, trüben, glasigen Schleim, ihre Schleimhaut ist leicht gelockert, injicirt. Das spärliche Blut, dass sich in der Brusthöhle angesammelt hat, ist dunkel, gerinnselfrei.

B. Bauchhöhle. Im Netz spärliche kleine Ekchymosen, reichlicher sind sie im Gekröse und zwar am Ansatz desselben an das Darmrohr; unter dem die Lendenmuskulatur bekleidenden Bauchfell ausgebreitete Blutsuffusionen. Die Leber ist schlaff, ihr unterer Rand scharf; sie ist blutarm, graugelblich, die Läppchenzeichnung stellenweise noch erhalten, sie hinterlässt auf dem Messer einen Fettbeschlag. In der Gallenblase eine geringe Menge kaffeebrauner Galle. Die Milz klein, schlaff, blutarm. Nieren schlaff, blutarm, Rindensubstanz und columnae Bertini nicht verbreitert, aber intensiv gelb gefärbt, Pyramiden deutlich gezeichnet. Im Magen eine spärliche Menge einer kaffeebraunen Flüssigkeit. Seine Schleimhaut ist blass, nirgends excoriirt, schleimbedeckt. Die Dünndarmschlingen sehen von aussen blass aus. Im Dünndam befindet sich in mehreren grösseren Abschnitten desselben und zwar zum Ende des Ileum hin ein schieferfarbener, schleimiger Inhalt, während die Schleimhaut daselbst blass, nicht geschwellt ist. An anderen Stellen ist der Dünndarminhalt blassgelblich. Im Colon ascendens und transversum grosse Massen eines schwarzgrauen flüssigen Inhalts; im Colon descendens braungrauer fester Koth. Die Blase enthält etwas hellen klaren Urins. Ihre Schleimhaut blass. Im rechten Eierstock ein grosses corpus luteum. Der Uterus überragt die Schamfuge, seine Wandungen sind verdickt, blutreich, seine Schleimhaut lässt sich in lockern Fetzen abziehen, ist blutdurchtränkt. In der Scheide grosse Blutgerinnsel.

Die Kopfhöhle wurde nicht geöffnet.

Die gerichtliche Untersuchung dieser ganzen Angelegenheit ergab, dass sich Frau A. und ihre Schwester C. sowohl an eine Quacksalberin in M., die im Rufe glücklicher Abtreibungscuren stand, als auch an eine Hebamme in R. gewandt hatten. Nach R. waren sie mehrere Male hinübergefahren, so am 26. März und zum letzten Male in der Woche nach Ostern (die Osterwoche endete mit dem 3. April). Sowohl von der Quacksalberin als auch von der R.'schen Hebamme hatten sie Arzeneimittel zum Gebrauch erhalten. Bei der bei dieser gemachten Haussuchung konnten aber keine schädlichen oder als Abtreibemittel dienenden Substanzen aufgefunden werden. Und auch im Hause der Verstorbenen fand man nur ein Fläschchen mit einer halben Unze Mutterkorntinctur und eine Bierflasche mit einer braunen Flüssigkeit, von der alle drei Verstorbenen nach Aussage des Dienstmädchens R. zuletzt am 9. April getrunken hatten, die sich aber bei der chemischen Untersuchung als ein braunes Holzdecoct ohne anorganisches oder organisches Gift erwies.

Schliesslich sind noch folgende Aussagen des Dienstmädchens R. von Wichtigkeit. Das Erbrochene der Frau A. habe nach Schwefel gerochen. Die M.'sche Quacksalberin habe einmal in der Küche der A.'schen Wohnung einen Thee für die drei Verstorbenen präparirt, und habe zu demselben, wie sie, die R., beobachtet habe, den Inhalt eines weissen Pomadentöpfchens, das sie aus der Tasche gezogen, mit einem Theelöffel hinzugefügt: gleich darauf habe die ganze Küche nach Schwefel gerochen. Endlich sagt ein Zeuge aus, die A. habe einmal während ihrer letzten Krankheit aus dem Munde nach Schwefel gerochen.

Was nun die Todesursache der Verstorbenen betrifft, so wurde zunächst nach irgend einem schädlichen Nahrungsmittel gefahndet. Bald führten aber die Sectionen (Gravidität in allen drei Fällen) auf die richtige Fährte. Und der Verdacht, der Tod sei durch übermässige Aufnahme von Abortivmitteln eingetreten, wurde sofort durch die chemische

Analyse gerechtfertigt. Sie wies nämlich im Darminhalt des Frl. C. Ergotin in grossen Mengen nach (durch die Entwickelung des Geruchs nach Heringslake — Propylamin — nach Zusatz von Kalilauge zum Darminhalt, und durch die violettrothe Färbung eines alcoholischen, mit Schwefelsäure angesäuerten Auszugs des Darminhalts). Bei der C. enthielt der Darminhalt reichlich Ergotin; im Dünndarminhalt der Wäscherin B. und der Frau A. wurde Ergotin in grösseren Massen nicht aufgefunden, wohl aber stellten sich bei Prüfung von Theilen der Dünndarm- und Magenschleimhaut der B. und A. dieselben Reactionen auf Ergotin ein. Sie hatten also ebenso wie die C. Ergotin zu sich genommen, nur waren bei der Section diejenigen Darmschlingen, die das Ergotin in grösseren Massen enthielten, übersehen worden und weise ich namentlich auf den theerschwarzen Inhalt des Jejunum bei der B. und die dunkelschwarzrothen Massen im Dünndarm der A. hin, die bei der Section ebenso wie bei der C. für zersetztes und dadurch geschwärztes Blut imponirten und daher unbeachtet gelassen wurden. Sie enthielten gewiss ebenso wie bei der C. grössere Massen Ergotin.

Alle drei Frauen hatten somit Ergotin zu sich genommen, und da sie alle drei schwanger waren und die Mutterkornpräparate die beliebtesten und bekanntesten Abtreibemittel sind, jedenfalls zum Zweck der Fruchtabtreibung, und die A. und C. hatten diese Wirkung durch heisse Bäder, die sie in den letzten Tagen vor dem Tode genommen hatten (am 8. und 10. April), noch unterstützt. Den erwünschten Erfolg hatten die Mittel freilich, obgleich es auch bei der B. und A. zu Uterinblutungen gekommen war, nur bei der C. bewirkt.

Wenn es somit keinem Zweifel unterliegt, dass alle drei Frauen Ergotin zu sich genommen haben, so ist doch die Frage, ob der Tod Folge des Ergotingenusses gewesen, schwer zu entscheiden. Obgleich Fruchtabtreibungen leider an zahlreichen Orten effectuirt werden, obgleich das Mutterkorn und seine Präparate dabei die am häufigsten angewandten Mittel sind, und ganz gewiss, um recht sicher zu gehen, hiervon häufig grosse Quantitäten genommen werden, so hört man doch von *Vergiftungen* durch Mutterkorn nichts und auch in den Lehrbüchern wird die acute Vergiftung durch Ergotin (die chronische Vergiftung durch den Genuss mutterkornhaltigen Brodes, die sogen. Kriebelkrankheit, kennt man schon lange) eigentlich nur nach Experimenten an Thieren abgehandelt; durch eigene Erfahrung hat kein einziger Autor sie kennen gelernt. Sehen wir zu, was Nothnagel in seinem Lehrbuch der Arzeneimittellehre (3. Aufl. pag. 774 u. fl.) darüber schreibt. «Grössere in den Magen geführte Gaben des Mutterkorns bewirken beim Menschen Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen und Durchfall; auch hat man Entzündung der Magendarmschleimhaut mit blutigen Extravasaten, Gastroenteritis hämorrhagica, beobachtet. Dann folgen sowohl nach einmaliger Verabfolgung grosser Gaben des Mutterkorns, sowie nach längerem Verzehren kleinerer Gaben desselben (in Epidemien der Kriebelkrankheit) allgemeine Erscheinungen: Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes; Gefühl hochgradiger Schwäche, Ameisenkriechen, Kriebeln, Pelzigsein und Unempfindlichkeit der Finger und Füsse, wandernde Schmerzen, leichte Zuckungen, die in dem einen Falle (Ergotismus spasmodicus) sich bis zu epileptiformen Krämpfen klonischer und tonischer Natur und zu tonischen Contracturen unter heftigen Schmerzen bei Hautanästhesie steigern können, oder es entwickelt sich in andern Fällen (Ergotismus gangraenosus) unter anfänglich heftigen Schmerzen an einer oder mehreren Extremitäten erysipelatöse Anschwellung mit nachfolgender Gangrän». Etwas anders spricht sich Buchheim aus (Lehrb. der Arzeneimittellehre, 2. Aufl. pag. 375—76): «Grössere Dosen bewirken ein Gefühl von Kratzen im Schlunde, Ekel, Erbrechen, Kolikschmerzen und Diarrhoe, doch tritt auch nach sehr grossen Mengen nur selten eine deutlich ausgesprochene Entzündung des Darmcanals ein». Weiter: «die am häufigsten beobachteten Vergiftungserscheinungen sind: Kopfschmerz, Gefühl von Schwäche und Angst, Athemnoth, Erweiterung der Pupillen, heftige Schmerzen in den Extremitäten, selbst Zuckungen. Seltener treten Schwindel, Betäubung und Schlafsucht ein und in manchen Fällen erfolgte sogar der Tod durch Lähmung». Casper erwähnt in seinem Handbuch der gerichtlichen Medicin der Vergiftungen durch Ergotin garnicht, ebensowenig Tardieu in seinem Buch über Vergiftungen.

Vergleichen wir nun mit diesem Bilde die Erscheinungen, wie sie in casu beobachtet wurden. Da ist zuerst sehr störend, dass die A. lebend von den Aerzten nicht mehr angetroffen wurde, die B. nur sterbend. Nur die C. konnte während ihres letzten Lebenstages ärztlich beobachtet werden. Bei allen Dreien soll Erbrechen vorhanden gewesen sein, wurde aber ärztlich nicht mehr wahrgenommen. Diarrhöe hat bei allen Dreien gefehlt, denn der Dickdarm war bei ihnen mit grossen Massen Koth angefüllt. Das was bei der B. und C. ärztlich constatirt wurde, war das ausgesprochene Bild der Herzlähmung. Mit der Nothnagelschen Beschreibung stimmten die bei ihnen beobachteten Erscheinungen nicht überein. Eher mit der Buchheimschen, insofern als der Tod unter Lähmungserscheinungen eintrat.

Den Sectionsbefund betreffend, wurden im Magen der drei Verstorbenen keine Entzündungserscheinungen angetroffen, im Dünndarm war die Schleimhaut unmittelbar oberhalb der Stellen, wo sich die Ergotinhaltigen Massen vorfanden, geröthet, geschwellt und gelockert. Somit war eine weitverbreitete Magendarmentzündung nicht vorhanden, nur die Partien, die soeben von den Ergotinhaltigen Massen passirt waren, befanden sich im Zustande eines acuten Katarrhs. Abgesehen aber von diesem Befunde, der gewiss durch Ergotin erzeugt war, wurden bei allen drei Leichen höchst auffallende Veränderungen vorgefunden, die sich nicht auf Einführung von Ergotin beziehen lassen. Bei der B. und A. begann ein Icterus sich auszubilden — Gelbfärbung der Haut und des Unterhautzellgewebes, — bei der C. hatte er sich schon entwickelt. Weiter fand man Sugillationen an der Haut der Unterschenkel bei der A. und C. Bei allen drei Leichen waren weitverbreitete Ekchymosen und Suffusionen im Unterhautzellgewebe, dem Brustfell, Herzbeutel, Bauchfell, Netz und Gekröse. Schliesslich befanden sich die Herzmuskulatur, das Lebergewebe und die Rindensubstanz der Nieren im Zustande der Verfettung.

Es ist das ein Befund, der nirgends bei Ergotinvergiftungen beschrieben wird, andererseits ganz charakteristisch *für Phosphorvergiftung* ist. Sehen wir uns daher um, was in casu für eine solche spricht.

Da muss zuerst auf die Aussage des Dienstmädchens R. hingewiesen werden, wonach das Erbrochene bei der A. nach Schwefel gerochen habe und sich in der Küche, woselbst die M.'sche Quacksalberin ihren Thee für die drei Frauen bereitet hatte, ein Geruch nach Schwefel bemerkbar gemacht habe. Auch soll der Mund der A. einmal nach Schwefel gerochen haben. Geruch nach Schwefel bedeutet hier aber Geruch nach Phosphor, indem Laien, an Schwefelhölzchen denkend, den Geruch derselben, den Phosphorgeruch, auf Schwefel beziehen. Schwierigkeiten schien zuerst das Motiv zu bereiten, aus dem Phosphor genommen sein sollte. An Selbstmord aus Schande konnte nicht gedacht werden, da die B. bereits mehrere uneheliche Kinder hatte, einem neuen also ziemlich kaltblütig entgegen sehen konnte; auch hätten sie jedenfalls zuerst die Wirkung des Abtreibemittels (Ergotin) abgewartet. Da kam mir eine kurze Bemerkung in der Wiener Medicinischen Wochenschrift 1882 № 11 unter die Hände, woselbst bei Kritisirung des Handbuchs der gerichtl. Medic. von Maschka der Kritiker folgenden Passus gebraucht: «der Verwendung des Phosphors als Abortivum geschieht keine Erwähnung, und doch ist, wenigstens bei uns (in Wien) diese Art der Anwendung eine recht häufige». So hätten wir auch das Motiv. Die Erscheinungen der

Phosphorvergiftung am Lebenden sind: Magenschmerz, Uebelkeit und Erbrechen von im Dunkeln leuchtenden, nach Knoblauch riechenden Massen; — Erbrechen soll bei allen drei Verstorbenen vorhanden gewesen sein, das Erbrochene der A. soll «nach Schwefel» gerochen haben. Diarrhöe stellt sich keineswegs immer ein — hier fehlte sie auch. Diese örtlichen Wirkungen machen dann einem leidlichen Wohlbefinden Platz — die A. und C. waren, nachdem sie am 7. April zu brechen begonnen hatten, am 8. und 10. noch im Stande, in die Badstube zu fahren. Bald aber tritt acute Fettleber und Gelbsucht auf, das Herz schlägt immer schwächer und elender in Folge der Fettdegeneration seiner Muskelfasern, ebenso verfetten die Nierenepithelien, es treten Blutungen ein, sowohl von den Schleimhäuten (Uterinblutungen) als auch ins Unterhautzellgewebe und die serösen Häute, schliesslich stellen sich Somnolenz und Delirien ein und es erfolgt der Tod an Herzschwäche; — alles das wurde bei den drei Verstorbenen beobachtet. Dass der pathologische Befund, wie er in casu vorgefunden wurde, für Phosphorvergiftung charakteristisch ist, habe ich schon erwähnt. Anätzungen der Magen- und Darmschleimhaut fehlen hier gewöhnlich, sowie auch im vorliegenden Falle, wenn der Phosphor nicht in Form grösserer Stücke, sondern in fein vertheiltem Zustande, als Phosphorbutter, genossen wurde. Es fehlt nur noch die Bestätigung durch die chemische Analyse. Was ergab diese? *Sie konnte in keiner der drei Leichen resp. in ihren Organen Phosphor nachweisen.* Weder stellte sich bei der Destillation der Untersuchungsobjecte im Mitscherlich'schen Apparat im dunklen Raume das für Phosphor charakteristische Leuchten ein, noch konnte nach Scheerer's Methode (sie besteht in der Schwarzfärbung eines mit Silbernitratlösung imprägnirten Papierstreifens durch sich aus dem in verschlossenem Glasgefäss befindlichen Präparate entwickelnde phosphorige Säure, in Folge Reduction des Silbersalzes) Phosphor nachgewiesen werden.

Die nächste Frage war nun die, ob es denkbar sei, dass selbst in Fällen, wo unzweifelhaft Vergiftung durch Phosphor stattgefunden hat, der Nachweis desselben an den der Leiche entnommenen Organen misslingen könne. Ich führe hier einen Passus an, den ich Tardieu's «die Vergiftungen» (deutsche Ausg. von Theile u. Ludwig, Erlangen 1868, pag. 252) entnommen habe. Er sagt: «das Aufsuchen des Phosphors in Fällen von Vergiftung ist immer eine schwierige Aufgabe; die möglichen Complicationen können die Untersuchung in hohem Grade erschweren und wohl ganz illusorisch machen. Wenn in Folge der Vergiftung der Tod eintrat, die Autopsie aber erst nach Verlauf einiger Tage stattfand, so kann aller Phosphor, der im Augenblicke des Hinscheidens noch im Magen des Verstorbenen vorhanden war, sich schon vollständig in phosphorige Säure und Phosphorsäure umgewandelt haben. Wenn der substantielle Phosphor in Folge seiner natürlichen Umwandlung in Phosphorsäure aus den Organen und den erbrochenen Massen verschwunden ist, so ist es nicht mehr möglich, irgend welche Schlüsse aus dem Vorhandensein dieser seiner Oxydationsproducte zu ziehen, also etwa auf eine Vergiftung durch Phosphor zu schliessen, sobald die Gegenwart von Phosphorsäure sichergestellt wurde. Alle unsere Organe und verschiedenen Gewebe, alle unsere gewöhnlichen Nahrungsmittel enthalten beträchtliche Mengen von phosphorsauren Salzen. Die Gegenwart von Phosphorsäure beweist daher nichts; es ist unabweislich, dass der Phosphor in Substanz aufgefunden werde».

Ist es aber wahrscheinlich, dass diese Oxydation des Phosphors in casu stattgefunden hatte? Die A. starb am Abende des 11. April, die B. in der Nacht auf den 12., die C. am Abende des 12., die Sectionen der beiden ersten Frauen geschahen am 13., die der C. am 14. Auch wurden die dem Chemiker übersandten Objecte sofort in Untersuchung genommen; (allerdings befindet sich im Referat des Chemikers die Bemerkung: die genannten Untersuchungsobjecte der drei Personen sind bereits stark in Verwesung übergegangen). Es scheint mir daher gewagt, anzunehmen, dass in casu, namentlich bei Berücksichtigung der Triplicität der Vergiftung, bei allen drei Leichen in so kurzer Zeit aller Phosphor durch Oxydation geschwunden sein sollte.

Wir sind daher gezwungen, gegenüber dem negativen Resultat der chemischen Analyse, die Möglichkeit der Phosphorvergiftung nur als eine entfernte hinzustellen und auf die Ergotinvergiftung zu recurriren, die nach Buchheim in manchen Fällen durch Lähmung zum Tode führt.

Es stellt sich die Sache also so, dass Ergotin sicher in allen drei Leichen nachgewiesen wurde, dagegen widersprechen die Erscheinungen während des Lebens und der pathologische Leichenbefund der Annahme einer Vergiftung durch Ergotin. Für Phosphorvergiftung sprechen die Erscheinungen, die während des Lebens beobachtet wurden, und der Sectionsbefund, dagegen konnte die chemische Analyse Phosphor nicht nachweisen und lässt es sich nicht annehmen, dass er bei allen drei Leichen bereits durch Oxydation geschwunden sein sollte.

An die Leser des offenen Briefes vom Apotheker Provisor A. Bergholz.

Vor Kurzem erst hat die „Pharmaceut. Zeitschrift für Russland" zwei Schmähartikel gegen den ärztlichen Stand veröffentlicht (den 27. Nov. 1883 und den 5. Febr. 1884), welche eine gerechte Entrüstung in den Fachzeitschriften und in den Tagesblättern hervorriefen. Die Vorliebe der „Pharm. Zeitschrift für Russland" für die Literatur von solchem Charakter hat sich jetzt wieder in № 10 documentirt und zwar in einem „offenen Brief" gegen mich, der von Provisor Bergholz unterzeichnet ist. Eine directe Beantwortung desselben halte ich unter meiner Würde und ich beabsichtige in Nachstehendem den Lesern nur einige kurze Erklärungen zu demselben zu geben. Wenn Herr A. Bergholz bei einer Streitfrage über die Zweckmässigkeit einer Pflasterzusammenstellung meinen Vater (pag. 160 und 175), meine Lehrer (pag. 162), meine Entwickelung, mein tägliches Treiben und Thun (pag. 175), meine Kleidung (pag. 161), ja sogar die Bleistiftstriche in den Büchern (pag. 170, 171) zur Besprechung bringt, so bedarf das für den gebildeten Leser keiner Erklärung.

Einer Erklärung bedarf es jedoch, wenn Herr A. Bergholz sich erlaubt ein absprechendes Urtheil über meine wissenschaftlichen Arbeiten und meine Thätigkeit als Expert zu fällen, noch mehr aber, wenn er es versucht durch Fälschungen und Entstellungen den Leser zu überzeugen, dass ich fremde Arbeiten für die meinigen ausgebe. Als Beleg wissentlicher Unwahrheiten und Fälschungen von Literaturangaben möge Nachstehendes dienen:

1) *Bei Besprechung der Dissertation vom Jahre 1873 und der Arbeit von Poehl über die Glycose im Roggenkorn, behauptet Bergholz, dass dieselbe Muspratt's techn. Chemie Bd. II Aufl. 1865 „die Geburt verdankt" (p. 169), weil beim Citat von Mège-Mouriès über Cerealin sich in dem von Poehl benutzten Bande Bleistiftsstriche und Notizen befänden. Den Namen des „Cerealin" hat Poehl verschwiegen. „Es war klug, den Namen Cerealin zu verschweigen, denn sonst hätte man gleich an Mège-Mouriès gedacht".*

Um die hier zu Grunde liegende Fälschung zu ersehen vergleiche man die Originale:

Диссертацiя Пеля 1873. Систематическiй ходъ анализа ржанаго и пшеничнаго зерна и муки. стр. 20: *„Mège-Mouriès называетъ сахарообразовательное вещество цереалиномъ"*.

Pharm. Zeitschr. f. Russland 1874 p. 322. A. Poehl. Ueber die Glycose im Roggen- und Weizenmehl: „**Mège-Mouriés nannte den zuckerbildenden Körper Cerealin**".

2) *Bergholz sagt pag. 161: Quecksilberformamid — entsprach nicht den angekündigten Eigenschaften (St. Petersb. med. Woch. 1883. p. 110) — und liess durch Schwefelwasserstoff sämmtliches Quecksilber fallen.*

Man vergleiche auch hier meine Arbeit im Original: St. Petersb. Med. Woch. 1883. p. 110 — ich habe nie und konnte nie einen solchen Unsinn behaupten, dass aus Quecksilberformamid Schwefelwasserstoff das Quecksilber nicht ausfällt. Als weiterer Beweis für die wissentliche Fälschung meiner Literaturangabe kann auch mein Artikel über Quecksilberformamid im Wratsch dienen (1883. № 13. pag. 197).

3) *Gelegentlich der Besprechung der Thätigkeit von Poehl als Expert für gerichtliche Chemie, sagt A. Bergholz: „wo thatsächlich „durch das Gericht und das Geständniss der Verbrecher nachträglich „festgestellt wurde, dass eine Strychninvergiftung vorlag, haben „Pharmaceuten Strychnin gefunden, Sie aber — wollen nur Ptomaine „als vorhanden erklären. Das rechtzeitig eingetretene Geständniss „der Betheiligten und angeklagten Personen musste beweisen, dass „Ihre Untersuchung falsch war (pag. 156).*

Da in diesen Sätzen ein ganzer Cyclus von wissentlichen Unwahrheiten ist, so muss ich in Kurzem den Thatbestand der Expertise erwähnen, damit der Leser selbst die Schlüsse ziehen kann. Ein Bauer L. wird von seiner Frau und ihrem Liebhaber vergiftet. Entsprechend der Beschreibung der Vergiftungserscheinungen kann man auf ein narkotisch wirkendes Gift schliessen, Krämpfe sind nicht beobachtet. Bei der ersten gerichtlich-chemischen Expertise der Leiche in der Gouvernements-Medicinal-Verwaltung in K. lautet der Befund auf Strychnin und Quecksilber. Da dieser Befund mit dem Eingeständniss der Verbrecher *nicht* übereinstimmte (es hatte nämlich der Liebhaber der Frau ihr zum Zweck der Vergiftung aus der Apotheke *Atropinum sulfuricum* verschafft) so wird eine zweite Expertise im Med.-Departement angestellt. Der Expert des Departements weist die Abwesenheit des Quecksilbers nach, findet aber einen Körper, in welchem er Strychnin erkennt und welchen er seinem Protokoll beilegt. Darauf wird die Untersuchung der höchsten Instanz dem Medicinalrath übergeben, in welchem ich mit der Expertise betraut werde. Ich fand auf Grund mikrochemischer und optischer Prüfung, dass der fragliche Körper sich vom Strychnin in Nachstehendem unterscheidet: optische Inactivität, Ausbleiben der Reaction mit Cer, Leichtlöslichkeit in Wasser und das Fehlen des bitteren Geschmackes. Die anderen Reactionen stimmten mit Strychnin überein; auch das physiologische Experiment, welches Dr. Anrep anstellte, rief eine dem Strychnin entsprechende Vergiftung am Frosch hervor. Ein Ptomain, welches dem Strychnin in Hinsicht der physiologischen Wirkung und einigen chemischen Eigenschaften gleichkommt, beschreiben Brugnatelli, Balbiano und Ciotto und mit solchem Ptomain habe ich den vom Experten des Med.-Departements vorgestellten Körper verglichen. Atropin konnte ich in der Leiche nicht nachweisen, was seine Erklärung darin findet, dass dasselbe sehr bald der Zersetzung unterliegt. Eine Commission des Medicinalrathes bestehend aus den Mitgliedern: Prof. Mendelejew, Prof. Mercklin, Prof. Trapp und mir haben die Resultate meiner Expertise in Allem bestätigt. Das nachträgliche Geständniss der Verbrecher, welches auf Strychnin weist, ist wieder eine Unwahrheit. Welche Bedeutung der Medicinalrath speciell diesem Falle der gerichtlich-chemischen Expertise beilegt, ist daraus zu ersehen, dass derselbe die Ausarbeitung der Frage über die Bedeutung der Ptomaine in der gerichtlich-chemischen Expertise officiell mir übertragen hat. Conf. Sitzungsber. des Med. Rathes vom 14. Juni 1883 sub. № 206 und die Abhandlung: О птомаинахъ и значенiи ихъ въ судебной химiи В. К. Анрепъ и А. В. Пель. Вѣстн. Суд. Мед. изд. Мед. Департ. 1884. I т.

4) *Bergholz sagt (pag. 156): Die Prüfung des Wandbewurfes auf Arsen — — „Sie bringen Schwarz auf Weiss zu Protokoll, dass es in grossen Massen vorliege. Die Untauglichkeit jener Analyse und Ihr Unvermögen selbst Arsen nachzuweisen, musste im chemischen Laboratorium der Pharm. Gesellschaft bewiesen werden", etc.*

Im gegebenen Fall (Farbe des Wandbewurfes in der Wohnung des Mitgliedes der Acad. d. Wissenschaften B.) war Arsen von mir nachgewiesen (ein Protokoll von grossen Massen Arsen — wieder eine Unwahrheit) und mein Befund ist durch die Analyse von Prof. Butlerow im chemischen Laboratorium der Academie der Wissenschaften bestätigt.

5) *Prüfung des Mehles auf Mutterkorn. Bergholz behauptet, dass meine Methode einfach die Hofmann'sche Methode mit Verschiebung der Verhältnisse ist.*

Im Auftrage der Regierung musste ich eine möglichst einfache *quantitative* Mutterkornbestimmungsmethode ausarbeiten. Bei dieser Gelegenheit verwies ich ausdrücklich auf die von Hofmann in Vorschlag gebrachte *qualitative* Methode, die ich zu einer *leicht ausführbaren quantitativen colorimetrischen Methode vervollkommnete.* Uebrigens muss ich noch bemerken, dass diese Methode von mir persönlich nie veröffentlicht war, sondern sie existirt nur als Instruction für die Beamten des Kriegsministeriums und habe ich gelegentlich darüber einen Vortrag gehalten.

6) *Die Arbeit von Poehl: Untersuchungen über die Fäulniss des Roggenmehls unter Einwirkung von Mutterkorn zur Erklärung einiger Erscheinungen des Ergotismus. Bergholz verweist darauf, als wenn in Elsner's Werk „die Praxis des Nahrungsmittelchemikers" die Quelle meiner Arbeit zu finden wäre und Bergholz kommt zum Schluss (pag. 169): „Kaum haben Sie eine wichtige Entdeckung „gemacht, so ist ein anderer schon mehrere Jahre früher damit da „und schnappt es Ihnen, wenn ich mich so ausdrücken darf, vor der „Nase weg".*

Auch hier genügt ein oberflächlicher Vergleich der Originale und was speciell die Prüfung von Wittstein anbetrifft, so führe ich ihn selber an und mache zudem noch darauf aufmerksam, dass die Trimethylaminentwickelung „auch ohne Erwärmung" erfolgt.

u. s. w., u. s. w., u. s. w.

Der Nachweis obenerwähnter Unwahrheiten und Fälschungen dürfte eigentlich allein ausreichen um den Werth einer Aussage oder eines Urtheils von Provisor¹) Bergholz zu beurtheilen. Da jedoch Hr. A. Bergholz dem Leser gegenüber sein absprechendes Urtheil über den wissenschaftlichen Werth meiner Arbeiten mit einer kaum glaublichen Sicherheit ausspricht und mir selbst ein Urtheil darüber nicht zusteht, so muss ich auf einige Kritiken von Autoritäten verweisen. So hat z. B. Prof. Flückiger, unstreitig der erste Pharmakognost der Jetztzeit, viele meiner Arbeiten eingehend besprochen und beurtheilt, z. B. Pharm. Zeitung 1879. № 93. Dr. Hager, der gewiss jedem Mediciner und Pharmaceuten aus seinen Lehr- und Handbüchern bekannt ist, spricht sich über meine Untersuchung von Pilocarpus officinalis nachstehend aus: „Wir „glauben die Grenzen der Kritik nicht zu überschreiten, wenn wir „diese Arbeit als ein Muster für ähnliche Arbeiten aufzustellen „wagen". (Pharm. Centralhalle 1879. pag. 421). Dass ferner die Pflanze Pilocarpus officinalis mit meinem Namen bezeichnet wird, kann gewiss auch nicht dazu dienen die Ansicht von Herrn A. Bergholz über diese Arbeit zu unterstützen. Urtheile von den Professoren Brücke, Maly, Andreasch, Weyl, Hofmann, Albertoni etc. (conf. Deutsch. Med. Wochenschrift 3. Oct. 1883. — Jahrb. d. Thierchemie 1883. pag. 23. — Deutsch-amerikanische Apothekerzeitung 1883, pag. 59. — Archiv d. Pharm. CCXV Bd. p. 93, etc. etc.) stehen jedenfalls in directem Widerspruch zum Urtheil von Herrn Bergholz. Als Criterium kann schliesslich dem Leser auch der Umstand dienen, dass viele meiner Arbeiten bereits in die Handbücher übergegangen sind. Nehmen wir beispielsweise eines der gebräuchlichsten „Die pharmaceutische Praxis" von Dr. Hager z. B. den III. Bd. Ich will in aller Kürze nur die Seiten anführen auf welchen meine Arbeiten mit directem Verweis auf mich besprochen sind. Seite 13, 96, 127, 413, 414, 558, 562—565, 567, 568, 947, 1133, 1184 etc. Um ein russisches Handbuch als Beispiel anzuführen, verweise ich auf Руководство къ токсикологiи Е. Пеликана z. B. II. Theil, Seite 136, 137, 138, 146, 147, 175 etc.

Herr Provisor A. Bergholz, dessen literarische Thätigkeit in Annoncen, Zusammenstellung von Apothekertaxen, obenerwähnter Polemik und dergl. besteht, der aber auf dem Gebiete der Wissenschaft nie etwas Selbstständiges geleistet, der erlaubt sich wissentliche Fälschungen vorzuführen und darauf ein wegwerfendes Urtheil über meine Arbeiten auszusprechen. Diese Handlungsweise mit dem richtigen Namen zu bezeichnen, verbietet mir der Anstand.

Durch Unwahrheiten versucht ferner Herr Bergholz meine Person in Beziehung zur hiesigen pharmaceutischen Gesellschaft zu verläumden. Er behauptet z. B. dass ich aus derselben für immer «ausgeschieden worden» bin. Die Motive meines Austrittes mit Rücksendung des Diploms laut § 7 der Statuten sind aus dem Protokoll der St. Petersb. pharm. Gesellschaft vom 6. Sept. 1882 (conf. Pharm. Zeitschr. für Russl. 1882 pag. 805—810) zu ersehen: „Der Secretair theilt mit, dass er soeben ein Schreiben von Herrn „Apotheker Dr. chem. A. Poehl erhalten, worin letzterer ihn auf„fordert, beigefügten Brief der Gesellschaft vorzulegen. Durch den „Brief meldet Herr Dr. A. Poehl seinen Austritt aus der Gesell„schaft mit Anbeilegung des Diploms. Herr Dr. A. Poehl motivirt „seinen Austritt damit, dass er in letzterer Zeit durch das Auftreten „von Sonderinteressen verfolgenden Parteien nicht mehr die von „ihm gewöhnten Pflichten der Gesellschaft von ihr erfüllen sieht — „(pag. 809). Die Gesellschaft kann bei dieser Gelegenheit nicht um„hin, ihr Bedauern darüber auszusprechen, dass ein College, der „durch die ihn umgebenden Verhältnisse — begünstigt war, sich „gründlicher mit allen Zweigen unserer Wissenschaft bekannt zu „machen und — seiner unabhängigen Lebensstellung wegen gerade „berufen wäre, die Gesellschaft nach obenerwähnter Richtung: der „wissenschaftlichen Förderung zu unterstützen, von vermeintlichen „Parteilichkeiten in der Gesellschaft sich bestimmen lasse, der ganzen „Gesellschaft den Rücken zu kehren, ihr völlig unverdiente Vor„würfe als Abschiedsworte zusendend, wodurch er sich selbst den „Dank für seine bisherige Thätigkeit abgeschnitten hat. Für die „dem Briefe beigelegten Bücher und Schriften jedoch spricht die „Gesellschaft Herrn Dr. A. Poehl ihren Dank aus".

Betreff der pharmac. Gesellschaft wirft Herr A. Bergholz (p. 163) mir noch vor, ich hätte das Vertrauen der pharmaceutischen Gesellschaft getäuscht, da ich von derselben nach London geschickt, mich als Vertreter der Regierung aufgespielt und mich sogar gerühmt hätte, dass ich der „Sache fremd sei". Der Director hiesiger pharm. Gesellschaft sprach laut officiellem Protokoll (Report of the Proceedings of the fifth International Pharmaceutical Congress. London 1881, pag. 104) wörtlich: „Die Arbeiten der Commission „sind verloren gegangen durch eine Irrung, die der damalige Se„cretair unserer Gesellschaft beging, indem er sie, wie ich erfahren „habe, verbrannte. Was das Verhalten der Regierung zu dieser „Angelegenheit betrifft, so wird Herr Dr. Poehl Ihnen hierbei „einige Auskünfte geben können". Da musste ich der Wahrheit gemäss erklären, dass sowohl der Regierung, als auch mir „die Sache" durchaus fremd sei (pag. 106). Was meine officielle Delegation betrifft, die Herr A. Bergholz (pag. 163) verneint, so weisen darüber die Acten des Ministeriums des Innern vom 9. Juli 1881 sub. № 5218 und des Ministeriums des Auswärtigen vom 6. Juli 1881 sub. № 6219 das Nöthige auf.

Schliesslich wäre zu erörtern, was eigentlich Herrn A. Bergholz die Veranlassung gegeben hat den besprochenen „offenen Brief" zu schreiben? Es ist die Streitfrage über die Zweckmässigkeit einer Pflasterzusammenstellung; Herr A. Bergholz behauptet aber, dass die „Ehre des Standes" ihn „zu dieser Ant-

¹) Ich füge ausdrücklich den Titel „Provisor" bei, weil Herr A. Bergholz diesen ihm zukommenden Titel gern umgeht und unter Umständen sich lieber Medicinalrath titulirt (conf. Tagebl. d. 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig. 1880. pag. 112).

wort“ bewog, während er damit doch nur seine Pflaster-Reclame vertheidigen will. Dr. chem. A. Poehl.

St. Petersburg, den 10. März 1884.

Referate.

F. Nikolajew: Alcoholismus in Petersburg. (Wratsch № 1).

E. Bary: Ueber Delirium tremens in Petersburg, auf Grund 30 jährigen Materials aus dem Marien-Magdalenenhospital. (Wratsch № 5).

Angeregt durch die im vergangenen Jahre von Robertson veröffentlichte Arbeit über den Alcoholismus in England, hat N. die Zahlen bezüglich der während der letzten 6 Jahre in den 5 grössten Civilhospitälern Petersburgs zur Behandlung gelangten Fälle von Alcoholismus zusammengestellt. Unter diesem Namen sind alle Fälle von Delirium tremens, periodischer Trunksucht, acutem und chronischem Alcoholismus zusammengefasst. Im Ganzen sind 5396 Fälle notirt und zwar:

	1877	1878	1879	1880	1881	1882	Summa.
Im Januar . . .	73	31	52	67	39	66	328
« Februar . .	50	30	55	31	52	64	282
« März	75	35	78	54	21	75	338
« April	114	83	115	58	38	86	494
« Mai	131	78	138	82	31	98	558
« Juni	100	89	117	83	46	121	556
« Juli . . .	120	76	133	106	45	87	567
« August . . .	132	107	105	132	86	97	659
« September	73	78	88	83	62	77	461
« October . . .	66	89	79	53	49	49	385
« November . .	61	85	70	57	59	57	389
« December . .	53	70	62	79	62	53	379
	1048	851	1092	885	590	930	5396

(Mortalität 6,1 %).

Aus dieser Tabelle ergiebt sich, dass, ähnlich wie in England, das Maximum auf die Zeit vom Juli bis September fällt. Von Einfluss ist hierbei die Bewegung in der Bevölkerung, die 2 Mal jährlich in Petersburg stattfindet, im Frühling und im Herbst, wo ein Theil der Arbeiter in die Heimath zieht und von Anderen abgelöst wird. Das Maximum der in Hospitälern behandelten Fälle von Alcoholismus fällt auf die Jahre 1877 und 1879, das Minimum auf 1881. Ersteres sucht N. in Beziehung zum Beginn und Ende des Türkenkrieges zu bringen. Im Uebrigen fehlen N. die Erklärungen zu den Verschiedenheiten in der Anzahl der Fälle.

Als Ergänzung zur Nikolajew'schen Arbeit hat Bary das Material des Marien-Magdalenenhospitals gesichtet und giebt eine Tabelle für die letzten 30 Jahre, die *1652 Fälle* enthält. Nach Monaten geordnet, ergiebt sich Folgendes:

Januar	145	Juli	152
Februar	97	August	192
März	107	September . . .	175
April	142	October	129
Mai	132	November	138
Juni	125	December	115

Aus B.'s Tabelle ergiebt sich ebenso, wie aus derjenigen N.'s, dass sich alljährlich ein und dasselbe Factum wiederholt, nämlich: während der kalten Jahreszeit giebt es weniger Alcoholismus, während der warmen Jahreszeit mehr. Das Maximum fällt auf den August. Diese Erscheinung erklärt B. dadurch, dass während des Sommers die Arbeiterclasse mehr Erwerb hat und die hellen warmen Abende mehr zu Excessen anregen. Bedeutend sind jedoch auch die Jahresschwankungen und dieses wird nach B. durch social-politische Umstände bedingt. Bis 1856 war die Anzahl der Alcoholiker gering (der Grund — Leibeigenschaft, Cholera, Krimkrieg). Darauf begann die Zahl allmälig zu steigen (Frieden, Besserung der Finanzverhältnisse) 1863—1865 findet ein starker Zudrang von Alcoholismus statt (Aufhebung der Leibeigenschaft, Entwicklung des Fabrikwesens). Hierauf wieder eine Abnahme bis 1867 (Cholera, Febris recurrens). Wiederum eine Steigerung bis 1873 (guter Handel, rege Fabrikarbeit). Mit Abnahme des guten Erwerbes nimmt auch die Zahl der «Alcoholismusfälle» ab. Zur Illustration seiner Ansicht führt B. noch Folgendes an: 1877 — Vorbereitung zum Kriege — 83 Fälle. 1878 — Der Krieg im Gange, wenig Arbeit in Petersburg — 32 Fälle. 1879 — Frieden, der Erwerb steigt — 71 Fälle. 1881 — Brodtheuerung, geringer Erwerb — 30 Fälle von Alcoholismus. P.

Schuhmacher II (Aachen): «Zur Naturgeschichte der Syphilis.» (Monatshefte für prakt. Dermatol. und Syphilis II. Bd. № 6).

Verf. polemisirt gegen die neuerdings erschienene Arbeit von Diday, «Contributions à l'histoire naturelle de la Syphilis, Annales de Dermatol. et Syphilis 1882», welche auf Grund einer grösseren Reihe klinischer Beobachtungen die Wirksamkeit der Mercurialbehandlung in Zweifel zu ziehen sucht und die Application des Hg. allenfalls nur für die sogen. Syphilis progressive gelten lässt, während die Syphilis décroissante unter allen Umständen durch eine exspectative Behandlung bekämpft werden könne.

Mit vollem Recht hebt Sch. hervor, dass der Erfolg der Mercurialbehandlung lediglich von der Methode der Application des Hg. abhänge, und dass der Unterschied zwischen leichter und schwerer Syphilis keineswegs so leicht zu ziehen sei wie Diday dieses zu glauben scheine. Unter allen Methoden der Mercurialbehandlung habe sich die Inunctionscur verbunden mit Mineralwasserbädern namentlich der Aachener Thermen, und geregelter Lebensweise als die zweckmässigste erwiesen. Wirkliche Heilungen von der Syphilis kommen nur bei gewissenhaft und systematisch durchgeführten Curen zu Stande. Wer die Folgen der Syphilis unter der Landbevölkerung zu beobachten Gelegenheit hat wird in der That kaum geneigt sein dem Diday'schen Dogma von der spontanen Heilungsfähigkeit der Syphilis unbedingten Glauben zu schenken. Nirgends sieht man so viel tertiäre Formen der Syphilis, als grade bei den Bewohnern des flachen Landes, bei denen der decursus morbi gewöhnlich nicht durch Hg. beeinflusst wurde. Wenn die Spontanheilung der Syphilis so häufig wäre wie Diday voraussetzt, so müsste man grade hier am meisten auf sie rechnen dürfen. Nur eine systematische und gewissenhafte Behandlung vermag diesen schlimmen Folgen der Syphilis mit Sicherheit entgegenzutreten. W—l.

L. Hermann: Zur Bestimmung der Umlaufszeit des Blutes. (Pflüger's Archiv, Bd. 33. S. 169).

Hermann hat die von Hering 1820 erfundene Methode, die Dauer des Blutumlaufs zu bestimmen, so modificirt, dass sie auch an ganz kleinen Thieren mit den in jedem physiologischen Laboratorium vorhandenen Hülfsmitteln leicht ausführbar ist.

«Auf den 16 Cm. im Durchmesser haltenden Cylinder eines Baltzar'schen Kymographion-Uhrwerks wird ein Bogen guten eisenfreien Fliesspapiers aufgespannt. Die in das peripherische Venenende eingebundene Glascanüle wird so befestigt, dass sie dem Papier gegenüber, in der Nähe seines oberen Randes mündet, ohne aber an demselben zu streifen. Das frei ausfliessende Blut fliesst auf dem Papier des rotirenden Cylinders ab und bildet auf demselben einen rothen Streifen, dessen Höhe um so grösser ist, je grösser das Thier und je langsamer die Rotation des Cylinders. Die Rotationsgeschwindigkeit wird so gewählt, dass sicher ein Umgang des Cylinders für den Versuch ausreicht, d. h. das injicirte Salz noch vor Vollendung eines Umgangs im ausströmenden Blute erscheint». — Die Injection muss rasch vollendet sein und die Salzmenge möglichst gross und concentrirt. Da nun Ferrocyankalium als Kalisalz höchst verderblich auf die Thiere wirkt, wo wurde Ferrocyannatrium gewählt. Für Kaninchen genügen 5 Ccm. einer 10 procentigen Lösung, in das centrale Jugularisende injicirt. Die Blutung aus dem peripheren Ende der Jugularis der anderen Seite muss schon vor der Injection begonnen haben.

Anfang und Ende der Injection markirt ein Assistent mit Bleistift auf dem rotirenden Fliesspapier über der Kanülenmündung. Die Dauer des Cylinderumlaufs wird mit der Uhr genau bestimmt.

Ist das Papier getrocknet, so wird eine Centimetertheilung mit Bleistift dicht über der Blutspur aufgetragen und numerirt. Der Zeitwerth jedes Centimeters ergiebt sich aus dem bekannten Umfang den Cylinders und der bekannten Umlaufsdauer. Nun werden aus dem Blutstreifen Stücke ausgeschnitten, dicht zusammengefaltet und in ein Probirglas mit siedendem Wasser geworfen. Die Eiweisskörper des Bluts coaguliren sofort, und die im Wasser löslichen Bestandtheile, darunter das etwa vorhandene Probesalz, lösen sich auf. Nach dem Abkühlen giesst man die schwach getrübte Flüssigkeit in ein anderes Probirgläschen ab, fügt demselben einige Tropfen verdünnten Eisenchlorids zu, und säuert mit einigen Tropfen reiner Salzsäure an. So kann man durch successive Prüfung der einzelnen Papierproben sehr scharf die Grenze ermitteln, an welcher das Blut anfängt ferrocyannatriumhaltig zu sein, und aus dem in Centimetern bekannten Abstand dieser Grenze vom Beginn der Injection ergiebt sich leicht die Dauer des Blutumlaufs. β.

Alexander Bakó: Ueber die Nähte der Bauchwand. (Centralbl. f. Chirurg. 1883. № 50).

Die bisher meist üblichen Nähte der Bauchwand nach Laparotomie findet Verf. meist unpraktisch, sowohl diejenigen, die das Bauchfell nicht mitfassen, da letzteres dann oft nicht zur Vereinigung kommt, als auch die welche viel vom Bauchfell mitfassen und dasselbe flächenhaft aneinander heften. Durch letzteres Verfahren wird schnelle Verklebung herbeigeführt, die Bauchfellverklebung ist aber nie sehr fest, daher weichen die Peritonäalplatten später wieder auseinander, und es wird dadurch an der Stelle der Nahtlinie die Bauchwand sehr dünn. Aus diesem Grunde, meint Verf. entstehen so sehr häufig, wie neuerdings constatirt worden, die Bauchbrüche. Um das zu vermeiden und an der Nahtlinie die Bauchwand möglichst dick zu machen, räth Verf. zuerst die Bauchfellränder apart zu vernähen und dann die übrige Wand, indem man 1—1,5 Cent. vom Hautrande einsticht, in der Tiefe aber sich mit der Nadel von der Wundfläche entfernt und dann erst in der Nähe des Peritonäums horizontal zur Wundfläche aussticht ohne das Peritonäum mitzufassen; auf der anderen Seite wird die Nadel in entsprechender umgekehrter Schichtreihe herausgeführt zur Haut. Durch dieses sogen. „Rückwärtsstechen“ meint Prof. Kovacz in Budapest die Wundflächen der Bauchwände gleichsam breiter aufzurollen und daher Bauchbrüchen vorzubeugen. Prof. Kovacs bedient sich immer dieser Naht. T.

Hoodley Gabb: Diagnostischer Werth der Tuberkelbacillen. (Brit. Med. Journ. 1198. 1883.)

Verf. hat in 2 Fällen von Drüsenvereiterung bei Kindern den durch Schnitt entleerten Inhalt auf das Vorhandensein von Tuberkelbacillen untersucht. Im 1. Falle, wo es sich um eine Drüseninfiltration der Cervicalgegend mit partieller Erweichung handelte, fanden sich Bacillen in beträchtlicher Menge. Im 2. Fall, acute Vereiterung vorher normaler Drüsen, konnten die betreffenden Organismen nicht constatirt werden. Auf Grund dieses Befundes spricht Verf. die Ansicht aus, dass das eine Mal ein specifischer Prozess vorgelegen habe, eine Vermuthung die durch den weiteren schleppenden Verlauf des betreffenden Falles seine Bestätigung fand, während das 2. Mal sich eine gewöhnliche Eiterung etablirt hatte, die in der gewöhnlichen Weise sofort nach der Eröffnung abheilte.

—s.

Aus der russischen neurologischen Literatur für 1883.

Nach Dr. Lion's Zusammenstellung in Med. Obosren. Febr. 1884).

I. Anatomie und Physiologie.

Schulgin (Arch. Psich. Kow. T. II № 1) bespricht die Zubereitung der zur Untersuchung des centralen und peripheren Nervensystems dienenden Präparate. Er härtet das Gehirn in 70—90% Alcohol, dem Jodtinctur oder Ammonium bichromicum zugesetzt wird; zum Färben benutzt er karminsaures Ammoniak, Borax-, Alaun-, Pikro- und Indigcarmin, Hämotoxylin, Carmin-Anilin, Pikroterpenthin und Chlorgold und behufs genauerer Orientirung braucht er die künstliche Verdauung der Gewebe: durch Pepsin zerstört er das Bindegewebe und die Ganglienzellen, wobei die Nervenfasern intact bleiben, durch Trypsin löst er die Neuroglia und die Nervenzellen auf mit Verschontbleiben des Bindegewebes.

Kowalewski (ibidem № 2) beschreibt einen supernumerären linksseitigen Strang an der Gehirnbasis, welcher Gänsefussartig mit 3—4 Zacken vor der Spitze des linken Schläfelappens am äussern Rande der Substantia perforata anter. entsprang, dann parallel dem Tractus opticus verlaufend, theilweise im Septum pellucidum, theilweise im Vorderrande des Balkens endigte, 5,4 Cm. lang und 1,2 Mm. breit war und wahrscheinlich zur Association des Trigonum olfactorium mit dem Septum pellucidum und dem Balken diente.

Bechterew (Wr. 1883 № 30) fand durch Versuche an Hunden, dass die Centren der Tastempfindung bei ihnen unmittelbar nach hinten und aussen von der motorischen Zone liegen und dass die Centren des Muskelgefühls und der Schmerzempfindung nicht identisch seien und gleich oberhalb der Fossa Sylvii liegen.

Lewaschow (Jesh. kl. Gas. 1883 №№ 5—8) untersuchte die Bedeutung des Nervensystems für Erkrankungen der Gefässe, speciell des Aneurysma. Er reizte zu diesem Zwecke ununterbrochen den Ischiadicus bei Hunden, indem er an verschiedenen Stellen des Nerven Fäden einführte, welche mit mehr oder minder concentrirter Schwefel- oder Salzsäure getränkt waren. Nach einigen Stunden oder Tagen wird die betreffende Extremität wärmer, ihre Gefässe pulsiren und erweitern sich (zuweilen werden sie auch enger), die Sensibilität im Cruralis (?) Gebiet wird erhöht. Die Arterien des Ober-, Unterschenkels und Fusses wurden bis in die feinsten Verzweigungen mikroskopisch untersucht und nur die kleinen Arterien durch Erweiterung derselben und Verdickung der Gefässwände stellweise verdickt gefunden. Die Veränderungen bestanden in Folgendem. Die in der Tunica adventitia befindlichen Vasa vasorum erweitern sich in Folge der Ischiadicusreizung, es bilden sich neue Vasa vasorum. Die alten und neugebildeten Gefässe durchsetzen immermehr die Media, um sie herum häufen sich Zellenelemente an, bis allmälig ein fasriges Bindegewebe entsteht, welches die Media verdrängt und die Intima in ihrer Ernährung stört. Die innere Gefässhaut verdichtet sich, verliert ihre Elasticität und verwächst nach Schwund der Media mit der Adventitia in eine unelastische Membran, welche unter günstigen Bedingungen sich zu einem Aneurysma ausweiten kann.

Lewaschow (ibidem №№ 10—12) untersuchte nach derselben Methode den Einfluss des Nervensystems auf die lebenden Gewebe und legte sich dabei die Frage vor, ob ein specielles trophisches Nervensystem existire. Die Gefässe der gereizten Extremität erweiterten sich Anfangs mit Erhöhung der Temperatur und der Empfindlichkeit im Gebiete des N. cruralis, die Weichtheile um die Nägel herum schwollen an, der Umfang der Muskeln nahm ab, später magerte die ganze Extremität ab, die Muskeln erblassten, die Haut verdünnte sich, wurde kühler, das subcutane Gewebe weiss und fester, wie sclerosirt, die Gefässe zeigten die in dem oben angeführten Artikel beschriebenen Veränderungen.

Durchschneidung des Hüftnerven ergab dieselben Veränderungen, nur in geringerm Grade.

Die Ursache aller dieser Erscheinungen liegt nach Lewaschow's Ansicht in einer Reizung der gefässerweiternden, vielleicht theilweise auch in einer Lähmung der gefässverengernden Nerven und ist somit ein Grund zur Annahme eines besonderen trophischen Nervensystems nicht vorhanden.

Orschanski (Arch. Psich. Kow. T. II № 1) untersuchte die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit des Grosshirns unter dem Einfluss der Anämie (Aderlass aus der Schenkelarterie bei Hunden) und fand, dass geringer Blutverlust ohne Einfluss bleibt, die Entfernung von $^1/_5$ der ganzen Blutmasse die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns erhöhe, ein stärkerer Blutverlust sie aber herabsetze. Die Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit des Grosshirns fiel mit der allgemeinen Aufregung des Thiers zusammen; war die Erregbarkeit herabgesetzt, so verhielt sich das Thier ruhig und wurde das Resultat der Versuche nicht modificirt, wenn nach der Arteriotomie eine 0,6% Kochsalzlösung injicirt wurde. Als Ursache dieser Erscheinung betrachtet O. mit Meynert eine durch die Anämie bedingte Erschöpfung der Hemmungsvorrichtungen; desshalb wiegen vor Eintritt dieser Erschöpfung die impulsiven Vorrichtungen im Gehirn vor, was sich durch eine Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit des Grosshirns manifestirt.

Orschanski (ibidem T. II № 1) kommt durch seine Versuche an Hunden, die psychomotorischen Centren elektrisch zu reizen, zum Schlusse, dass die Schädelnähte, besonders Sutura coronaria eine sehr wichtige Rolle spielen und räth bei der Behandlung centraler Lähmungen wenigstens eine (welche?) Elektrode auf die Gegend der Kranznath zu appliciren.

Ueber die Bechterew'schen Arbeiten (Verlauf der pupillenverengernden Fasern, über die Functionen der Vier- und Sehhügel, und über Sehnervenkreuzung) erscheinen besondere Referate.

Zybulski und Wartanow (Jesh. klin. Gas. 1883 № 4) fanden nach Versuchen im Laboratorium des Prof. Tarchanow, dass hinsichtlich des allgemeinen Blutdrucks ein Antagonismus zwischen dem N. depressor und dem Vagus in der Weise bestehe, dass in den Fällen, in welchen eine Reizung des Depressor eine Erhöhung des Blutdrucks bewirke, eine Reizung des Vagus den Blutdruck herabsetze und umgekehrt. Ferner glauben sie, dass im Stamme des Vagus wie des Depressors sich sowohl reizende als auch herabsetzende Fasern befinden.

Pawlow (Jesh. klin. Gas. 1883 № 21) fand, dass bei Reizung einiger Rami cordiaci der rechte Vorhof sich fast unzählbar rasch contrahirt, während das Manometer in der Arteria femoralis die gewöhnlichen oder etwas langsamere Curven verzeichnet: diese Incongruenz verschwindet, wenn der Hauptherzensast gereizt wird, wobei die Pulsationen schneller werden. In einer andern Arbeit (ibid. №№ 31—34) sucht Pawlow zu beweisen, dass die Vagi den allgemeinen Blutdruck vor dem deprimirenden Einflusse der Apnöe schützen.

Feinberg (Jesh. klin. Gas. №№ 24—27) fand, dass nach Galvanisation einer Schädelhälfte die contralateralen Extremitätengefässe sich contrahiren und dass die Temperatur dieser Extremitäten um 3—4° fällt, es sollen hierbei die vasomotorischen Centren in der Gehirnrinde gereizt werden. Die Galvanisation des Rückgrats ruft Anfangs Contraction der Gefässe und Herabsetzung der Temperatur in den Extremitäten, in der Folge das Gegentheil hervor. Die Galvanisation des Sympathicus (Elektroden auf dem 3. und 11. Rückenwirbel befindlich) verursacht Hyperämie der Leber und der Nieren, cutane Faradisation der Extremitäten verengert die Gehirngefässe und setzt die Temperatur im Ohr herab. Nach Feinberg hätte man in der Elektricität ein werthvolles, auf das vasomotorische Nervensystem wirkendes Mittel, welches bei den verschiedensten Krankheitsprocessen zu verwerthen wäre.

II. Pathologische Anatomie.

Burzew (Jesh. klin. Gas. №№ 26, 27, 29, 31. 1883) veröffentlicht einen Fall von Perimeningitis und Myelitis bulbi acuta. Im Leben bot der 38-jährige Kranke folgende Symptome: Erhöhte Körpertemperatur, starke, die Kopfbewegungen verhindernde Schmerzen in der Halsgegend, linksseitige Hemiparese, Schmerz beim Oeffnen des Mundes, Erhöhung der Sehnenreflexe linkerseits, Anschwellung der Lymphdrüsen am Halse. Später trat eine rechtsseitige Hemiparese mit Hemianästhesie auf, die Sehnenreflexe rechterseits waren erhöht, vor dem Tode Rigidität der Extremitätenmuskeln, Zwerchfellslähmung und Blasenparalyse. Die Section ergab 1) bräunliche Erweichung, erbsengross in der Mittellinie der Rautengrube, welche von einer rothbräunlichen Erweichung des Gewebes der Medulla oblongata umgeben war. Das Mikroskop zeigte körnige Entartung der Grundsubstanz und Anhäufung einer Masse Granulationselemente, in der Peripherie des Herdes erweiterte Capillaren und stellweise hämorrhagische Herde; die nervösen Elemente waren geschwellt, theilweise körnig, theilweise gelbbräunlich pigmentirt. Im Halstheile des Rückenmarks war das zwischen der Dura mater und den Wirbeln befindliche Bindegewebe von einer trüben gallertigeitrigen Masse infiltrirt, das Mikroskop wies hier weisse Blutkörperchen nach. Stellweise bestand Körnchenbildung und waren die Contouren der Bindegewebsfasern schwer zu unterscheiden.

Kowalewski (Arch. Psich. Kow. I. № 1) fand bei der Section zweier Personen, von denen die eine 15, die andere länger als 20 Jahre blind auf dem linken, resp. auf beiden Augen gewesen Folgendes. Bei dem auf dem linken Auge blindgewesenen Individuum war der rechte Opticus halb so breit wie der linke, das Chiasma kleiner als gewöhnlich, beide Tractus optici schmaler, der rechte mehr. Die Corpp. geniculata und quadrigemina rechts kleiner, der Occipitaltheil der rechten Grosshirnhemisphäre abgerundet, fester und kürzer als links, so dass die rechte Hälfte des Kleinhirns fast unbedeckt blieb. Bei dem auf beiden Augen Blinden fanden sich ähnliche beiderseitige Veränderungen am Gehirn. Das Mikroskop zeigte in beiden Fällen Trübung der Zellen, Körnung ihres Protaplasma und Wucherung der Neuroglia in den Hinterhauptslappen.

Mierszíejewski und Erlizki (Westn. Psich. Mersh. Heft 1)

beschreiben einen Fall von Sclerosis lateralis amyotrophica. Die Symptome im Leben waren: Parese aller 4 Extremitäten und Atrophie ganzer Muskelgruppen, Rigidität fast aller Muskeln, Contracturen der Flexoren der Füsse, der Hände und der Finger, sehr verstärkte Sehnenreflexe, quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in den atrophischen Muskeln, Parese und Atrophie der Zunge, etwas erschwertes Schlingen. Die Section ergab eine Verdichtung des Bindegewebes durch die ganze Breite des Rückenmarks, welche in den Pyramidenbündeln der Seitenstränge durch das ganze Rückenmark hindurch den Charakter einer Sclerose zeigte, die Nervenfasern der Pyramidenbündel waren fast ganz geschwunden. In den Vorderhörnern trat das Bild einer parenchymatösen und interstitiellen Entzündung entgegen, in den Vordersträngen waren viele Fasern geschwunden, im verlängerten Marke wurde eine Sclerose der motorischen Kreuzung und parenchymatös-interstitielle Entzündung des Hypoglossuskerns gefunden.

Danillo (ibidem) Fall von Encephalitis corticalis circumscripta chronica bei einer 22-jährigen Kranken, welche an linksseitigen epileptischen Krämpfen litt. Bei der Section fand sich eine begrenzte Verdickung der grauen Substanz in Streifenform auf der Grenze der 1. und 2. Stirnwindung rechts, sonst keine Veränderungen am Gehirn. Dieser Fall stammt aus der Charcot'schen Klinik.

III. Nervenkrankheiten und Casuistik.

Scherschewski (Wr. 1883 №№ 34—39, 42—44) schrieb über thermische Neurosen. In 4 Fällen wurde eine vom Verf. einer Affection des Nervensystems zugeschriebene Temperaturerhöhung beobachtet. 1) Schielen, Gaumensegellähmung, Facialisparalyse und eine 10-tägige, bis zu 41° steigende Temperaturerhöhung bei einem 12-jährigen Mädchen nach einer gewöhnlichen Diphtherie.

Laschkewitsch (Wr. № 30) berichtet über einen Fall von Albuminurie bei einem 29-jährigen Kranken ohne gleichzeitige Erkrankung des Herzens oder der Nieren und meint die Ursache zum Auftreten von Eiweiss im Harn in den nervösen Centren zu finden. Das gleichzeitige Vorhandensein anderer angioparalytischer Erscheinungen beim Kranken, wie das Gefühl von Vertaubtsein der rechten Körperhälfte, welche später ödematös wurde und nicht mehr schwitzte, bestätigt das Vorhandensein angioparalytischer Zustände.

Benewolenski (Jesh. klin. Gas. № 13) berichtet über eine Paralyse aller 4 Extremitäten, welche während eines urämischen Anfalls bei einem, an Morb. Brightii leidenden Kranken mit Hyperämie des Gesichts und der Conjunctiven auftrat; bei der Section wurde keine Herderkrankung des Gehirns gefunden.

Pasternazki (Arch. Psich. Kow. T. 1 № 2). beschrieb einen Fall von Hysteria magna, bei welcher neben den gewöhnlichen Symptomen auch noch mit Leichtigkeit hypnotische, lethargische und kataleptische Zustände hervorgerufen werden. Sie wurde an einem Manne und zwar an seiner linken Körperhälfte beobachtet, welche anstatt anästhetisch zu sein, hyperästhetisch war.

Goschkewitsch (Arch. Psich. Kow. T. II № 2) theilt einen Fall von Katalepsie bei einem 12-jährigen Knaben mit. Nach Abgang eines Bandwurms wurden die Symptome der Krankheit immer schwächer, um endlich ganz zu verschwinden.

Alexejew (Ibid. T. II № 2) Fall von Pseudomuskelhypertrophie bei einem 14-jährigen Knaben.

Simonowitsch (Ibid. T. II № 2). Bei einem 18-jährigen Kranken entwickelte sich im Verlaufe einer Febris recurrens eine Paralyse aller Muskeln der Unterextremitäten und der Mm. deltoideus, biceps, brachial. intern. und supinator longus des linken Arms; die Lähmung der Beine ging allmälig vorüber, die gelähmten Muskeln am linken Oberarm atrophirten aber allmälig und zeigten Entartungsreaction. Verf. nimmt hier eine Poliomyelitis anterior acuta an und meint, dass dieser der erste in der Literatur beschriebene Fall sei.

Jacubowitsch (Jesh. klin. Gas. № 14) Fall von Tabes dorsalis bei einem 10-jährigen tauben Knaben. Diese Beobachtung mag an und für sich richtig sein, da Ataxie, fliegende Schmerzen in den Gelenken, Verminderung der tactilen, der musculären und der elektrischen Sensibilität, Fehlen des linken und Abschwächung des rechten Patellarreflexes angegeben sind, ist aber in Bezug auf die Bearbeitung eine sehr nachlässige. Die Berufung des Autors auf eine Arbeit von Kohler und Pick (Arch. f. Psychiatr. Bd. VII p. 251) hat gar keinen Werth, da diese Autoren hier von einem Falle Friedreich'scher hereditärer Ataxie und nicht von Tabes dorsalis sprechen, mithin Dr. J. wenigstens sehr oberflächlich diese Kohler-Pick'sche Arbeit sich angesehen haben muss, wenn er sie überhaupt gelesen hat. Tastsinnprüfungen auf schriftlichem Wege an einem 10-jährigen Kinde (der Knabe musste auf eine Tafel schreiben, wann die Doppelempfindung bei dem Aufsetzen der Zirkelspitzen verschwand) haben etwas sehr Missliches und wenig Vertrauenerregendes. Die Zurückführung der Taubheit auf eine vorangegangene Pachymeningitis erregt auch einigen Zweifel und wäre hier vielleicht eher eine Basilarmeningitis anzunehmen. Die Beobachtung stammt aus der Klinik des Prof. Bystrow.

Laschkewitsch (Mesh. Klin. № 3) eine Kleinhirnaffection bei einem 14-jährigen Knaben, der im Leben an heftigen, von Erbrechen begleiteten Kopfschmerzen, progressiver Sehschwäche und Neuritis optica mit Hyperämie der Papillen, schwankendem Gange, Schwindel und Uebelkeit bei sagittalen Bewegungen des Kopfes gelitten hatte. Section: Ausdehnung der Seitenventrikel, des Septum pellucidum und des 4. Ventrikels durch seröse Flüssigkeit, Verdichtung des Grosshirns, Vergrösserung und Verdichtung der linken Kleinhirnhemisphäre, in deren hinterem Abschnitte ein kastaniengrosser Tumor sass. Auf dem Durchschnitt erwies sich diese Hemisphäre cystös erweitert und von seröser Flüssigkeit erfüllt; am hintern Bogen der Cyste sass ein taubeneigrosses Gliom.

Rosenbach (Westn. Psich. Mersh. Hft. 1) Fall von Hemianopsie, der nach R's. Meinung für eine unvollständige Sehnervenkreuzung beweisend ist. Die 34-jährige Kranke zeigte im Leben rechtsseitige Hemianopsie, Hemiplegie und Amblyopie, amnestische Aphasie, epileptiforme Anfälle, zeitweilige Gleichgewichtsstörungen und psychische Schwäche. *Section*: Graue Degeneration und Atrophie des linken Tractus opticus, Verschmälerung des linken Nervus opticus, Erweichung des Corp. striatum, der Capsula interna und des äussern Theiles des Thalamus opticus in der linken Hemisphäre und Geschwülste in den hinteren Theilen beider Sehhügel.

Szapiro (Wr. №№ 12 und 13): Bei einem 22-jährigen Soldaten gingen jeder Inspiration klonische Krämpfe der linksseitigen respiratorischen Brustmuskeln voraus. Diese periodischen Erschütterungen der linken Brusthälfte wurden von Einziehungen des rechten Unterrippenraumes begleitet, bestehen bei ihm sein Lebenlang, hören im Schlafe nicht auf und erscheinen auch jedes Mal, wenn der Kranke bewusst inspirirt; Faradisation des linken Phrenicus und damit hervorgebrachte Contraction des Zwerchfalls machte die Athmung gleichmässig, welche nach Aufhören der Phrenicusreizung wieder unterbrochen erscheint. S. meint, dass hier eine entweder angeborene oder in der frühesten Kindheit erworbene Anomalie vorliege, kraft welcher der vom verlängerten Marke ausgehende Impuls zur Inspiration einen geringeren Widerstand bei seiner Ausbreitung in der linken Brusthälfte finde, als in der rechten; die Möglichkeit des Vorkommens einer solchen Neurose bestätige die Annahme eines doppelten Respirationscentrums beim Menschen.

IV. Therapie.

Motschutkowski (Wr. №№ 17—21) wandte die Streckung mit Hülfe des Sayre'schen Corsets bei 23, an verschiedenen cerebrospinalen Affectionen leidenden Kranken an und zwar bei 15 Tabikern, 3 mit Sclerosis lateralis, 1 mit diffuser chronischer Myelitis, 1 mit chronischer Meningomyelitis, 1 mit Sclerosis disseminata, 1 mit Ischias rheumatica und 1 mit Neuritis multiplex behafteten Kranken. Ein günstiges Resultat wurde nur bei den Tabikern und im Falle von multipler Neuritis erhalten und zwar verminderten sich oder verschwanden die Schmerzen, die Parästhesieen und besserte sich die Ataxie. Die Wirkung der Streckung soll nach M. theilweise auf einer Dehnung der Nervenstämme beruhen, wobei die Blutcirculation in den noch nicht allzusehr alterirten Hintersträngen sich regeln soll.

Benediktow (Wr. №№ 8—12 und 15) wandte die statische Elektricität (Holtz'sche Influenzmaschine) bei Neuralgien, musculärem und Gelenkrheumatismus, rheumatischen und traumatischen Lähmungen, bei Chorea. Kopfschmerzen, Neurasthenie, Irritatio spinalis, Paralysis agitans, Impotenz und nervösem Pruritus an. Die Franklinisation hat ihm bei Neuralgien und Rheumatismen bedeutend bessere Resultate geliefert, als die Faradisation und die Galvanisation, die Wirkung der statischen Elektricität bei den andern genannten Krankheitsformen ist bis jetzt noch nicht sicher gestellt. B. benutzte die Reibungselektricität in Form von Funken, elektrischem Winde und Ladung des Körpers mit dem einem oder dem andern Pole.

Pawlow (Wr. №№ 43 und 44) resecirte ein grosses Lipoma fibrosum bei einem 15-jährigen Schreiber, das auf dem Medianus in der Nähe des rechten Thenar sass, und tief unter das Lig. transversum, bis in den unteren Theil des Unterarms ging. Trotz des ziemlich ansehnlichen Stückes des Medianus, welches bei der Besection herausgeschnitten werden musste, ging die Flexion der Finger mit Hülfe der langen Beuger allmälig immer besser von statten, so dass der Kranke zuletzt fast ebenso gut schreiben konnte, wie vor der Entwickelung der Geschwulst. (Leider ist der Zeitraum, in welchem diese Heilung vor sich ging, nicht angegeben.

Bruns (Wr. № 3) Fall von Trepanation wegen Schädelfractur mit Depression. — Ungenügender Erfolg.

Kazaurow (Wr. № 44, 45) 3 Fälle von Dehnung mit gleichzeitiger Excision des N. infratrochlearis.

Badul hat im Jahre 1882 die Dehnung mit nachfolgender Ausreissung des N. infratrochlearis vorgeschlagen und bei Trigeminusneuralgien, chronischer Cyclitis und Glaucom mit sehr gutem Erfolge ausgeführt (Annal. d'oculistique 1882). Dasselbe bestätigt Abadie und beide Autoren stellen folgende Indicationen für die Dehnung des N. intratrochlearis auf.

1) Neuralgia nervorum ciliarium; 2) Cyclitis chronica mit nachfolgender Atrophie des Bulbus; 3) alle Fälle von Glaucom, in welchen die Kranken eine Operation am Augapfel selbst verweigern; 4) ungewöhnliche Härte des Bulbus mit gänzlichem Verschwinden der vordern Kammer.

Der N. infratrochlearis ist der zweite Ast des Ramus vasociliaris N. trigemini, geht längs der Innenwand der Augenhöhle zur Trochlea und unter ihr fortlaufend tritt er am innern Augenwinkel an die Oberfläche, um sich in der Haut der Nasenwurzel, dem obern Lide und dem Nasensattel zu verbreiten. Nach Badul legt der Operateur seinen linken Zeigefinger mit der Volarfläche in der Art auf den Augapfel, dass die Kuppe des Fingers sich im Raume zwischen der Rolle und der innern Lidcommissur befindet; dann zeigt die Verlängerung einer, den Fingernagel halbirenden Linie ungefähr

den Verlauf des Nerven an (der erste Schnitt, nachdem auf diese Weise Anfang und Ende desselben bezeichnet sind, wird einer Linie parallel geführt, welche vom innern Rande der Augenbraue zur Nasenwurzel zieht). Haut und Muskelschicht werden mit vorsichtigen Schnitten getrennt und, um eine vorzeitige Durchschneidung des Nerven zu vermeiden, wird das vorliegende Bindegewebe mit Schielhaken auseinandergedrängt und mit einem solchen, auf dem Periost längs des Schnittes von der innern Commissur vorgehend der Nerv mit den ihn begleitenden Gefässen hervorgezogen, isolirt, gedehnt und zerrissen und endlich das centrale Ende mit einer Cilien-Pincette gedehnt. Da der Operateur den Nerven erst zu sehen bekommt, wenn er sammt den Gefässen hervorgezogen ist, so dient als sicheres Zeichen der wirklichen Erfassung des Nerven ein, vom Kranken empfundener scharfer und sehr heftiger Schmerz.

1. Fall. Penetrirende Wunde am innern Rande der Cornea nicht weit vom Limbus mit Vorfall der Iris in Folge einer Contusion durch ein Stück Gusseisen, Trübung der Linse, pericorneale Injection, starke Schmerzen und Lichtscheu. Abtragung des Vorfalls, Atropineinträufelung, Jodoform und Verband, am folgenden Tage starke Schwellung der Linse, welche durch einen neuen Schnitt entfernt wird. — Die Wunde verheilte per primam, es bildete sich aber eine chronische Iridocyclitis aus und 18 Tage nach Erkrankung des rechten Auges eine sympathische Entzündung des bis dahin gesunden linken Auges. Das verwundete Auge hatte noch qualitative Lichtempfindung und dieses Grundes halber enucleirte K. nicht den verwundeten Bulbus, sondern dehnte den N. infratrochlearis mit sehr grossem Erfolge. Die Schmerzen verschwanden sofort nach der Operation auf immer, die Reizungserscheinungen am andern Auge Tags darauf; das nachgebliebne Thränen hörte nach einigen Tagen auf.

2. Fall. 18-jährige Laienschwester mit Staphyloma corneae et sclerae oc. sin., am rechten Auge accomodative Asthenopie, als sympathische Erkrankung aufzufassen; am linken Auge subjective und objective (bei Berührung) Schmerzhaftigkeit am obern äussern Theile des Ciliarkörpers. Dehnung des N. infratrochlearis mit vollkommenem Erfolge.

3. Fall. 20-jähriger Mann verlor in seiner Jugend durch Variola sein rechtes Auge, an dessen Stelle ein von 4 Seiten zusammengedrücktes, sehr druckempfindliches bewegliches Kügelchen sich befand. Der starken Schmerzen wegen wurde die Dehnung des N. infratrochlearis gemacht, worauf sie ganz verschwanden.

In allen 3 Fällen wurde aus dem Nerven vor der Dehnung ein Stück herausgerissen.

K. empfiehlt die Operation im Beginne einer sympathischen Entzündung des gesunden Auges. Hz.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 26. September 1883.

Dr. Herrmann giebt eine vergleichende Uebersicht der Ziffern der Aufgenommenen im Obuchow-Hospital in den 4 Sommermonaten für die Jahre 1881, 1882 und 1883. Daraus ist zu entnehmen, dass die Gesammtaufnahme betrug:

	1881	1882	1883
	6337	4138	3915

An dem Sinken der Krankenzahl participirten vor Allem die typhösen Infectionsformen und zwar:

	1881	1882	1883
Typhus exanth.	1105	96	72
Typhus abdom.	584	257	245
Febris recurrens	2234	347	485

Für den Sommer 1883 ist die grosse Anzahl der aufgenommenen Fracturen auffällig — 101 gegen 77 im Jahre 1882, 35 im Jahre 1881. Dasselbe gilt für Verwundungen:

1881	1882	1883
83	119	151

Eine Erklärung für diese Thatsachen giebt zum Theil gewiss die erschreckende Zunahme des Alcoholismus, es wurden aufgenommen im Sommer:

1881	1882	1883
51	140	189

Dr. Lingen constatirt gleichfalls die verringerte Frequenz für das Maria-Magdalenahospital. Keine epidemische Krankheitsform war vorherrschend, die typhösen Infectionsformen waren vertreten im:

Mai	Juni	Juli	August
59	40	43	44
oder % der Gesammtaufnahme			
18 %	13 %	13 %	14 %

Für die 3 letzten Jahre stellt sich die Aufnahme der Infectionskrankheiten während der Sommerzeit folgendermassen:

1881	678
1882	176
1883	186

Die chirurgische Abtheilung des Hospitals war dagegen während der Sommermonate beständig voll besetzt, grösstentheils mit frischen Verletzungen. Aus der chirurgischen Casuistik dieser Zeit macht Dr. Lingen einige Mittheilungen; unter denselben auch einen bemerkenswerthen Fall von Darmocclusion: Ein decrepider 63-jähriger Greis, der in den letzten Jahren wiederholt an hartnäckiger Verstopfung gelitten hatte, zwei Mal in so hohem Grade dass er mit Erbrechen, bedeutender Auftreibung des Bauches mehrere Tage darniederlag, aber schliesslich doch Ausleerungen zu Stande brachte und zu relativem Wohlbefinden gelangte, — wurde nach 5-tägiger Verstopfung in sehr erschöpftem Zustande aufgenommen. Der Unterleib war colossal meteoristisch aufgetrieben, keine Druckempfindlichkeit, überall tympanitischer Percussionsschall; kein Erbrechen; schwacher verlangsamter Puls. Ohne Erfolg werden hohe Klystiere, Massage, Elektricität, Bäder, Laxantien angewandt. Auffallend war, dass bei der Einführung des elastischen Darmrohrs, dasselbe wenn es die Ampulla des Rectum passirt hatte auf einen harten Widerstand stiess, der das Vordringen nicht möglich machte. Da an der Spitze des Darmrohrs wiederholt kleine Kothklümpchen sich fanden, auch das abfliessende Clysma durch fäcale Beimischung getrübt erschien, so liess sich annehmen, dass Anhäufung und Verhaltung fäculenter Massen im untern Theile der Flexur vorhanden war. Exploration durch die Einführung der Hand per rectum wurde nicht ausgeführt, da eine Chloroformnarkose einzuleiten der bedeutende Schwächezustand des Patienten verbot. Es wurde mit reichlichen Hegar'schen Klystieren fortgefahren ohne Ausleerung zu erzielen, Pat. nahm absolut keine Nahrung zu sich, verfiel immer mehr und starb am 6. Tage nach seiner Aufnahme, am 11. seit Beginn der Erkrankung.

Die Section erwies als Ursache der Occlusion eine ringförmige Abschnürung am oberen Theil des Rectum, unterhalb des Ueberganges in die Flexur. Die Strictur liess kaum die Kuppe des Zeigefingers passiren, war von derbem narbenähnlichem Gewebe, nicht krebsiger Natur und löste sich bei der Manipulation der Untersuchung von der Flexur ab. Oberhalb der Occlusionsstelle breiige Kothmassen, sämmtliche Därme stark von Gasen aufgetrieben. Der Anamnese entsprechend, hat sich die Strictur wohl allmälig im Laufe der letzten Jahre bis zu ihrem letzten Bestande herausgebildet. Die manuelle Untersuchung des Rectum hätte sicher ominöse Folgen gehabt.

Im Sommer wurden 4 Herniotomien ausgeführt, zwei führten Genesung herbei, zwei zum Tode; letztere waren marastische Subjecte von 68 und 70 Jahren, von denen an dem 70-jährigem Mann die Operation erst nach tagelangen Protesten ausgeführt werden konnte, hier war die c. 3" lange Darmschlinge gangränös, sie wurde hervorgezogen, an der Grenze des Gesunden resecirt und zur Bildung eines künstlichen Afters die Ränder des Darms mit der Bauchwunde vernäht. Patient überlebte nur mehrere Stunden die Operation.

Dr. Bidder demonstrirt zwei Uterusmyome, die er vor Kurzem operirt hat. Die Krankengeschichten sind in № 1 dieses Jahrganges der Wochenschrift veröffentlicht worden.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Vermischtes.

— Der bisherige Präsident des Medicinalrathes und des Veterinär-Comités, Geheimrath Dr. E. Pelikan ist wegen zerrütteter Gesundheit verabschiedet worden. Des Präsidium des Medicinalraths ist von dem des Veterinär-Comités getrennt worden, und zwar ist zum Präsidenten des Medicinalraths der Leibmedicus und Consultant am Allerhöchsten Hofe, Prof. emer. der medico-chirurgischen Academie, berathendes Mitglied des Medicinalraths, Geheimrath Dr. Zdekauer ernannt worden, während der frühere Director des Medicinal-Departements, berathendes Mitglied des Medicinalraths und Ehrenmitglied des Veterinär-Comités, Geheimrath Dr. Rosow mit dem Präsidium im Veterinär-Comité betraut worden ist. Beide verbleiben zugleich in ihren bisherigen Aemtern und Würden.

— Prof. Tomsa hat bereits Kijew verlassen, um die Professur für Physiologie an der tschechischen medicinischen Facultät in Prag zu übernehmen.

— Ein gewisser N. Basanow hat 300,000 Rbl. zum Bau eines Kinderhospitals in Irkutsk gespendet.

— Die Stadt Jalta erhält bald ein gut eingerichtetes Hospital, dank der Spende des Grafen Woronzow, welcher 12,000 Rbl. zur Einrichtung desselben hergegeben hat. Die Unterhaltungskosten des Hospitals tragen die Stadt und Landschaft gemeinschaftlich.

— Das vortreffliche englische medicinische Fachblatt «*The British medical Journal*» dürfte jetzt wohl die verbreitetste medicinische Zeitschrift sein, denn es erscheint in diesem Jahre bereits in einer Auflage von 12,000 Exemplaren, während dasselbe im Jahre 1867 nur 2000 Abonnenten hatte. Die grosse Reineinnahme, welche die «British medical Association», der dieses Journal gehört, aus den Abonnementsbeträgen sowohl als auch aus den Zahlungen für die zahlreichen Inserate erzielt, gestatteten der Gesellschaft denn auch im vorigen Jahre die liberale Verwendung eines grossen Betrages, nämlich 1,200 Pfd. St. (c. 12,000 Rbl.), zu wissenschaftlichen Zwecken. Unter Anderem wurden dem Collective Investigation Committee 600 Pfd. St. und für eine «Untersuchung über die Beziehungen zwischen Wundinfectionskrankheiten und Tuberculose» 50 Pfd. St. angewiesen.

— Prof. Dr. Gluck, erster Assistenzarzt der v. Bergmannschen chirurgischen Klinik und Leiter der chirurgischen Poliklinik in Berlin, ist, wie die «A. m. C.-Ztg.» berichtet, nach Bukarest zur Uebernahme einer ordentlichen Professur der Chirurgie berufen worden. Gluck ist von Geburt Rumäne.

— Dem bekannten Badearzt in Marienbad und Privatdocent der Balneologie an der deutschen medicinischen Facultät in Prag,

Dr. Kisch ist der Titel eines ausserordentlichen Professors verliehen worden.

— Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat beschlossen, die Mitglieder der deutschen Choleracommission bei ihrer Durchreise durch Wien feierlich zu begrüssen, um der Anerkennung Ausdruck zu geben, welche jedes einzelne Mitglied dieser Commission für die Opfer verdient, die es der Wissenschaft und der Menschheit zu bringen bereit war und thatsächlich auch gebracht hat.

— Zur Ergänzung unserer Mittheilung (cfr. № 7 d. Wochenschr.) über den vom 16.—19. April n. St. stattfindenden XIII. Chirurgen-Congress in Berlin bringen wir nachstehend das vollständige Verzeichniss der angekündigten Vorträge.

a. Vorträge in der Aula.

1. Hr. Dr. Zesas (Glarus): a) Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse; b) Ueber die Behandlung der Paraplegie bei Spondylitis. 2. Hr. Cramer (Wiesbaden): Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste. 3. Hr. Zabludowski (Berlin): Ueber Massage. 4. Hr. Dr. F. Neelsen (Rostok): Wie lassen sich die klinischen Begriffe Sepsis, Septichämie und Pyämie den neueren Erfahrungen der Pathologie adaptiren? 5. Hr. Küster (Berlin): Ueber Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastischen Operationen. 6. Hr. von Lesser (Leipzig): Ueber den ersten Verband auf dem Schlachtfelde. 7. Hr. Julius Wolff (Berlin): Ueber das Gesetz der Transformation der inneren Architectur der Knochen bei pathologischen Veränderungen der äusseren Knochenform.

b. Vorträge in den Morgensitzungen.

1. Hr. Wagner (Königshütte): Ueber Halswirbelluxationen (mit Krankenvorstellung). 2. Hr. Küster (Berlin): a) Ein Fall von Bruch des Zahnfortsatzes des Epistropheus (mit Krankenvorstellung); b) Eine neue Art von Amputation im Mittelfuss (mit Krankenvorstellung). 3. Hr. Dr. P. Grawitz (Berlin): Ueber die Entwickelung der Nierentumoren aus abgesprengtem Nebennierengewebe. 4. Hr. A. Bidder (Berlin): a) Ueber das Verhalten eines extrahirten und wieder implantirten Schneidezahnes (mit Demonstration); b) Ueber eine Verbesserung seiner Knieextensionsmaschine (mit Demonstration). 5. Hr. Paul Albrecht (Brüssel): Ueber die morphologische Bedeutung der Kiefer-, Lippen- und Gesichts-Spalten (mit Demonstration). 6. Hr. Credé (Dresden): Vorstellung a) eines jungen Mannes, dem vor 2 Jahren ein circulärer Kropf entfernt worden, b) eines Mannes, dem vor 2½ Jahren die Milz exstirpirt worden ist. 7. Hr. Leisrink (Hamburg): Demonstration von Torfmoosfilzplatten.

Auszustellende Gegenstände:

1. J. D. Riedel (Chem. Fabrik und Droguenhandlung, Gerichtsstr. 12/13, Berlin N.). E. H. Chloroform. Chloroformium purissimum. 2. Moritz Boehme (Verbandstofffabrik, Burgstr. 29, Berlin C.), Verbandgegenstände.

— Von Dr. Christian v. Schröder ist in *Sassenhof* b. Riga eine *Cur- und Wasserheilanstalt* eröffnet, welche den Zweck hat, das gesammte Wasserheilverfahren bei der Behandlung von Krankheiten und Schwächezuständen in Anwendung zu bringen und zwar mit Hinzuziehung der übrigen physikalischen Heilmethoden und in möglichster Würdigung der den modernen wissenschaftlichen Anschauungen entsprechenden Anforderungen der Hygiene und Diätetik. Die Anstalt (früher Dr. Bosse'sche Naturheilanstalt) befindet sich am äussersten Rande der Stadt Riga, in gesunder, relativ geschützter Lage, nach Süden an einen Tannenwald angrenzend. Sie besitzt einen grossen schönen Garten und vorzügliches Wasser und ist von Riga bequem in ca. 20 Minuten zu erreichen. Der Arzt wohnt in der Anstalt. Die Anstalt ist auch vollständig für *Curen im Winter* eingerichtet und die grossen Räumlichkeiten derselben ermöglichen in bequemer Weise ebensowohl ein geselliges Beisammensein, als auch die nöthige Ruhe und Abgeschlossenheit der Kranken. Was die *Curmittel* der Anstalt anbelangt, so bildet das *Wasserheilverfahren*, in Verbindung mit einer rationellen Diät, in der Mehrzahl der Fälle die Grundlage der Behandlung. Dasselbe wird je nach dem Krankheitsfalle allein oder in Verbindung mit einem andern Mittel des wissenschaftlichen Heilschatzes angewandt. Die *Bäder* befinden sich im Curhause und entsprechen in Bezug auf ihre technische und hygienische Einrichtung wohl auch den strengsten Anforderungen. Als wesentliche Unterstützungsmittel der Cur kommen noch in Anwendung: Die *Heilgymnastik* und *Massage*, *Elektricität* (allgemeine Elektrisation, das hydro-elektrische Bad), in geeigneten Fällen *Mineralbäder* und *Mineralwassercuren*, *Kiefernadelbäder*, *Kräuterbäder*, *Moor-* und *Schlammbäder*, *Tanninbäder*, und *Schwefelbäder*.

Die Diät wird genau ärztlich überwacht und kommen in geeigneten Fällen *Diätcuren* (Milch- und Kefircuren, vegetabilische Diät, Trockendiät) zur Anwendung.

Für die hydrotherapeutische Behandlung in dieser Anstalt eignen sich besonders: allgemeine Ernährungsanomalien (Blutarmuth, Scrophulose, Fettsucht etc.), in welchen die Wassercur durch Regelung des Gesammtstoffwechsels wirkt; ferner rheumatische und gichtische Leiden, chronische Vergiftungszustände (Bleivergiftung, chron. Mercurialismus, Abusus Morphii, Alcoholismus), Schwächezustände in Folge inveterirter Syphilis, Nervenleiden, Hysterie, Hypochondrie, vom Nervensystem abhängige Schwächezustände der Sexualorgane, Tabes dorsalis und dergl. Bei diesen Nervenleiden wird namentlich auch die Elektricität in allen ihren speciellen Indicationen in Anwendung gezogen. Zur Aufnahme in die Anstalt würden sich auch eignen Kranke mit Disposition zur Lungenschwindsucht, bei welchen eine rationell geleitete Abhärtungscur oft viel nützen kann, ferner chron. Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhe, Emphysem, Magen- und Darmkatarrhe, Abdominalplethora, Menstruationsstörungen, einzelne Leberkrankheiten, Nierenleiden, chron. Blasenkatarrh u. A. m. Wenn auch die Aufgabe der Anstalt in erster Linie die einer Heilanstalt ist, so will sie doch gleichfalls für geeignete Fälle eine hygienische Pflegestätte sein, welche mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln ihre Pflegebefohlenen vor der drohenden Krankheit zu schützen sucht.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 11. März 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3136	1848	4984
Kinderhospitäler	150	167	317
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	299	143	442
Scharlach	26	33	59
Pocken	4	8	12
Venerische Krankheiten	518	419	937

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 4. bis 10. März 1884 besucht von 3001 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1290.

am 18. März 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3140	1855	4995
Kinderhospitäler	157	182	339
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	289	145	434
Scharlach	28	32	60
Pocken	4	6	10
Venerische Krankheiten	520	420	940

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 11. bis 17. März 1884 besucht von 2924 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1235.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 11. bis 17. März 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
397	300	697	129	64	132	20	13	22	81	57	50	44	51	22	7	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 17, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 7, Masern 44, Scharlach 14, Diphtherie 11, Croup 3, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 1, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 40, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 26, acute Entzündung der Athmungsorgane 105, Lungenschwindsucht 123, andere Krankheiten der Brusthöhle 16, Gastro-intestinal-Krankheiten 95, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 53, Marasmus senilis 28, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	24 Fbr.-1. März	181 732	93	9	26,8	9,6	39,6
Kopenhagen	27 Fbr.-4. März	267 000	118	11	23,0	9,3	42,4
Berlin	2—8 März	1 225 065	541	86	23,0	15,9	33,3
Wien	2—8 März	759 849	448	38	30,7	8,4	38,4
Brüssel	24 Fbr.-1. März	171 293	89	6	27,0	6,7	35,2
Paris	29 Fbr.-6. März	2 239 928	1140	176	26,5	15,4	30,4
London	2—8 März	4 019 361	1639	236	21,3	14,4	35,6
St. Petersburg	9—15 März.	928 016	789	142	44,2	18,0	29,1

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1884.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петербургская стор. малая Монетная домъ № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.
Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.
Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17,
Fr. Strauch, Gr. Podjatscheskaja № 25, Quart. 11.

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den Central-Annoncen-Expeditionen in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschienen: 60 (1)

Beiträge
zur
PHYSIOLOGIE U. PATHOLOGIE
des Darmes
von Prof. Dr. **H. Nothnagel**.
1884. gr. 8. Mit 2 Tafeln. 6 Mark.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von
Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Спиро, О нѣкоторыхъ явленіяхъ тахъ называемаго животнаго магретизма (гипнотизма). Съ рисунками, 1884, 1 Rbl. 50 Kop.

Breyer, Der Mikromembran - Filter. Ein neues technisches Hilfsmittel zur Geniessbarmachung von ungeniessbarem Wasser im kleinen und grössten Massstabe. Mit 4 Tafeln. 1884. 60 Kop.

Bruns, Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen, II Heft, 1884. 2 Rbl. 15 Kop.

Fritsch, Krankheiten der Frauen. 2. verm. u. umgearb. Aufl. Mit 146 Holzschn. 1884. 5 Rbl. 40 Kop.

Gosselin, Encyclopédie internationale de chirurgie, III vol.. 1884. 8 Rbl. 75 Kop.

Heitzmann, Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion. III Abth.. 1884, 5 Rbl. 40 Kop.

Hildebrand, Nervendehnnng, Neurektomie und Nervennaht. Mit 10 Tafeln. 1884. 2 Rbl. 40 Kop.

Husemann, Die Pflanzenstoffe. 4. Lief. 1884. 7 Rbl. 20 Kop.

Siredey, Des maladies puerpérales. Avec 2 planches 1884. 7 Rbl. 50 Kop.

Wecker et **Landolt**, Traité complet d'ophtalmologie, tome II, 1-er fasc. pr. cplt. 8 Rbl. 50 Kop. III, 1-er fasc. pr. cplt. 8 Rbl. 50 Kop.

Zur Anatomie der Zunge. Eine vergleichend-anatomische Studie von Ludwig Ferdinand, K. Prinz v. Bayern. Mit 51 col. Tafeln. 1884. 37 Rbl. 20 Kop.

Lasègue, Etudes médicales, 2 vols. 1884. 12 Rbl. 50 Kop.

Leven, Estomac et cerveau. Etude physiologique, clinique et therapeutique. 1884. 1 Rbl. 75 Kop.

Gowers, De l'epilepsie et autres maladies convulsives chroniques, Traduit de l'anglais. 1884. 5 Rbl.

Spillmann, Manuel de diagnostic médical. 1884. 3 Rbl. 75 Kop.

ARENSBURG
SEESCHLAMM-BAEDER.

Die bewährten Seeschlammbäder zu Arensburg beginnen am 19. Mai, und dauert die Saison bis Mitte August. Die ärztliche Leitung der Anstalt der Frau Weise für warme mineralische Seeschlammbäder übernimmt wie bisher der Unterzeichnete 50 (5)

Dr. med. Moritz von Harten.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Beiträge
zur
Morphologie und Morphogenie.
Untersuchungen aus dem anatomischen Institut zu Erlangen.
Herausgegeben von
Professor Dr. Leo Gerlach.
I.
Mit 3 Holzschnitten und 10 Tafeln.
4. geh. Preis M. 12. —

Jahrbuch der praktischen Medicin.
Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Dr. Paul Börner
in Berlin.
Jahrgang 1884, 1. Hälfte.
8. geh. Preis M. 6.
Die II. Hälfte ist im Druck und erscheint in einigen Monaten.

LEHRBUCH DER GEWEBELEHRE.
Mit vorzugsweiser Berücksichtigung des menschlichen Körpers
bearbeitet von
Dr. Carl Toldt,
o. ö. Professor der Anatomie zu Prag.
Mit 195 Abbildungen in Holzschnitt.
Zweite Auflage.
gr. 8. geh. Preis M. 14. —

Prof. Dr. Herm. von Zeissl's
GRUNDRISS DER PATHOLOGIE UND THERAPIE
der
SYPHILIS
und der mit dieser verwandten venerischen Krankheiten.
Zweite Auflage.
bearbeitet von 57 (1)
Dr. Maximilian von Zeissl,
Privatdocenten für Hautkrankheiten und Syphilis an der k. k. Universität in Wien.
8. geh. Preis M. 7. —

Die
Natur und Behandlung der Gicht.

Von Dr. **Wilh. Ebstein**, o. ö. Professor und Director der medicinischen Klinik zu Göttingen. Mit Atlas in Farbendruck. Preis: Mark 14,60.

Unter neueren Monographien wüssten wir nur sehr wenige namentlich zu machen, welche deu Leser **nach jeder Richtung hin so vollkommen befriedigen, als das vorliegende Buch.** Die Eigenschaften des erfahrenen Mikroskopikers, des kritisch sichtenden und urtheilenden Klinikers geben sich allerorts so deutlich kund, dass man mit immer zunehmendem Interesse den Ausführungen des Verfassers folgt und nur bedauert, wenn das Ende herangekommen ist. **Das seinerzeit epochemachende Werk von Garrod über die Gicht hat in dem Buche E.'s einen würdigen und zum Mindesten ebenbürtigen Nachfolger erhalten.**

Die Behandlung der Materie läuft ebenso glatt als klar ab und niemals tauchen Scrupel auf, was wohl gemeint sein könnte. Die verschiedenen Forschungsgebiete greifen so harmonisch und doch so eng ineinander über, dass das Buch als **vorzügliches Muster moderner klinischer Forschung** hinzustellen ist. Es ist nicht etwa ein Werk für Specialisten, sondern gerade die weiteren ärztlichen Kreise werden in ihm neben der Belehrung vollauf wissenschaftliche Anregung finden.

Wiener medic. Presse. 1883. № 49.

OFENER

Victoria-Bitterwasser

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos......		41,73	18,44
Püllnaer........		32,72	12,12
Friedrichshaller.....		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das Victoriabitterwasser genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen. — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands. 26 (3)

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller

Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich **„Saxlehner's Bitterwasser"** zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (21)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w. 8

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w. 12

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — **Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.**

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse.

Unter Mitwirkung von Dr. da Gama Pinto und Dr. H. Schäfer, Assistenten an der Universitäts-Augenklinik zu Heidelberg,

herausgegeben von

Otto Becker,

o. ö. Professor an der Universität Heidelberg.

Quart. 220 Seiten Text. Mit 14 Tafeln. Preis Mk. 36.

— — Die Thatsache, die hier begründet wird, dass jede Cataractbildung von einer Wucherung der intracapsulären Zellen begleitet ist, muss für die Auffassung der Linsenerkrankungen als eine entschieden epochemachende bezeichnet werden.

Berl. Klin. Wochenschrift 1883. № 31.

BADEN-BADEN.

Längst bekannte alkalische Kochsalzthermen von 44—69° C. Chlorlithiumquelle von hervorragendem Gehalte.

Neue Grossherzogl. Badeanstalt „FRIEDRICHSBAD". — Das ganze Jahr geöffnet.

Musteranstalt einzig in ihrer Art in Vollkommenheit und Eleganz.

Mineral- und medizin. Bäder jeder Art. — Privat-Heilanstalten mit Thermalbädern. — Trinkhalle für Mineralwasser aller bedeutend. Heilquellen. — Pneumatische Anstalt mit 2 Kammern à 4 Personen. — Molkenanstalt, Milchcur. Versand des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalle-Verwaltung.

Conversationshaus mit prachtvollen Concert-, Ball-, Lese-, Restaurations- und Gesellschafts-Sälen während des ganzen Jahres geöffnet. — Ausgezeichnetes Cur-Orchester. — Zahlreiche Kunstgenüsse jeder Art. — Jagd und Fischerei. — Grosse Pferderennen. — Reizende Spaziergänge und Ausflüge. — Vorzügliches Klima. — Herrliche Lage. — Mittlere Jahrestemperatur: + 7,4° R. 53 (5)

PEGLI bei Genua.

Grand Hôtel.

Das ganze Jahr offen. 56 (4)

Meerbäder vom Mai bis November.

Wintersaison. — Pension.

Eigenthümer: **Bucher-Durrer**

vom Hôtel Bürgenstock & Hôtel de l'Europe Luzern.

Самымъ отличнымъ успѣхомъ противъ всѣхъ катарровъ дыхательнаго горла, глотки, желудка и пр. пользуются воды

EMSER VICTORIAQUELLE, 41 (7)

отличающіяся отъ всѣхъ другихъ своимъ обильнымъ **содержаніемъ** углеродной кислоты, а потому рекомендуются для домашняго употребленія.

Пастили изъ Эмсской воды со свинцовою пломбою. — **Соль Эмсскаго источника** въ жидкомъ видѣ.

Продаются во всѣхъ извѣстныхъ торговляхъ минеральными водами и въ аптекахъ.

König Wilhelm's Felsenquellen, Bad Ems.

---

30 **Salzbrunner Oberbrunnen** 23

Alcalischer Säuerling ersten Ranges; reich an doppelt kohlensaurem Natron und Kohlensäure, frei von Eisen, bei mässigem Gehalt an schwefelsauren Salzen. Versandt während des ganzen Jahres. **Fürstliche Brunnen-Inspection.**

NATÜRLICHER

Biliner Sauerbrunn!

Altbewährte Heilquelle, vortreffliches diätetisches Getränk.

Depôts in St. Petersburg:

bei Stoll & Schmidt, pharm. Handels-Gesellschaft, Rulcovius & Holm, H. Klos & Co. 54 (4)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 23 Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 13. St. Petersburg, 31. März (12. April) 1884.

Rede bei Eröffnung der Festsitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte am 23. März 1884,

gehalten vom Präsidenten

Dr. O. von Grünewaldt.

Hochgeehrte Versammlung! Verehrte Herren.

Herzlich heisse ich Sie alle willkommen, die Sie sich zu dieser, der Feier des 25 jährigen Bestehens unseres Vereines gewidmeten Sitzung eingefunden haben. Ich begrüsse besonders die Herren Ehrenmitglieder und die Gäste mit einem warmen Willkommsgruss und spreche meinen Dank allen denen aus, welche die Theilnahme an dem Gedeihen des Vereines St. Petersburger Aerzte hierher geführt hat [1]).

Die Schicksale unserer Gesellschaft seit ihrer Entstehung bis heute finden Sie aufgezeichnet in der fleissigen Arbeit unserer Collegen Hinze und Petersen, die laut Vereins-Beschluss durch den Druck veröffentlicht ist. Sie ersehen daraus, dass die ersten Anfänge unserer jetzt kräftigen und lebensfähigen Vereinigung in den Jahren 1857 und 1858 dem Bedürfniss vieler Collegen entsprossen sind, in eine Verbindung zu treten, in welcher durch den Austausch der Ideen, durch Vorträge und Mittheilungen es jedem Einzelnen ermöglicht werde in seiner praktischen Laufbahn Anregung und Stütze zu finden. Die Stifter haben sich es angelegen sein lassen, diesem Bedürfnisse in weitestem Maasse Rechnung zu tragen, indem sie principiell in dem Statut in jeder Weise den Eintritt einen jeden strebsamen und anständig denkenden Collegen zu erleichtern suchten. — Unser Verein steht in der ganzen Welt vielleicht darin einzig da, dass er für die Vorträge und Mittheilungen keine bestimmte Sprache obligatorisch macht, sondern es jedem Vortragenden frei lässt, sich des Idiomes zu bedienen, in welchen er sich den Zuhörern am besten verständlich machen zu können glaubt. Wir haben stets dem Grundsatz gehuldigt, dass die Wissenschaft, das Lernen und Lehren derselben keine nationalen oder politischen Grenzen kennt, und dass auf diesen Gebieten es keine Prärogative giebt, — es sei denn, sie seien durch ernste und erfolgreiche Arbeit erworben. In diesem Geiste haben wir gesucht zu arbeiten bis zum heutigen Tage, — und diesen Geist wünschen wir auch unseren Nachfolgern bis in die spätesten Zeiten zu erhalten.

Vom ersten Beginn unseres Vereinslebens an ist die Betheiligung an demselben eine rege und dankenswerthe gewesen, und die üble Prognose, die uns von Einzelnen im Beginn unserer Entwicklung gestellt wurde, hat sich nicht bewahrheitet. Wenn Sie einen Blick werfen auf die geschäftlichen Protokolle, so werden Sie in denselben die Belege finden, dass unsere Mitglieder nie den Principien untreu geworden sind, in welchen die Stifter sich zusammengefunden haben, dass sie immer danach gestrebt haben die Güter, die in einem wissenschaftlichen Vereinsleben erworben werden, in möglichst weite Kreise zu tragen. Und überblicken Sie die wissenschaftlichen Protokolle, so finden Sie in denselben das Spiegelbild aller zeitgenössischen wissenschaftlichen Bestrebungen, nicht selten auch den Beginn und den Anstoss zu manchen Forschungen, die berufen waren, wichtige und bedeutende Fortschritte in einer unserer Disciplinen anzubahnen. Es ist mir unmöglich, Ihnen ein Bild aufzurollen, welches die ganze Bewegung unserer Wissenschaft innerhalb der letzten 25 Jahre umfassen könnte. Gestatten Sie mir daher nur einen bescheidenen Versuch, einen Blick zu werfen auf die Wandlungen der Anschauungen und Principien in den Specialdisciplinen der Geburtshülfe und Gynäkologie während dieses Zeitraumes. Sie finden darin angedeutet Vieles, was auch für die anderen Disciplinen der praktischen Medicin Geltung hat.

[1]) In der Sitzung am 28. Februar d. J. wurden gelegentlich des bevorstehenden Jubiläums zu Ehrenmitgliedern ernannt die HH. Collegen Dr. H. Cantzler, Dr. J. Schmidt, Dr. E. Kade. Dr. H. Schnee, Dr. W. Fröbelius, Prof. Dr. E. Bergmann, Da wir im Sinne haben, unsere Feier als eine interne zu begehen, haben wir nur solche Männer zu Ehrenmitgliedern gewählt, die zum Theil als Stifter und frühere Mitglieder schon zu unserem Verbande gehörten, zum Theil im praktischen Leben mit uns in vielfache Berührung getreten waren, — und die sich alle durch den Adel der Gesinnung auszeichnen, welcher erworben wird durch die Arbeit im Dienste der Wissenschaft und Humanität.

Ueber die Wandlungen der Anschauungen und Principien in der Geburtshülfe und Gynäkologie während der letzten 25 Jahre.

Hochgeehrte Versammlung.

Wenn wir an der Hand der Geschichte die Anschauungen durchmustern, die vor etwa einem Jahrhundert unsere Wis-

senschaft beherrschten, so werden wir wohl alle finden, dass dieselben unermesslich weit hinter denen zurückstehen, welchen wir heute huldigen. Dennoch werden unsere Vorfahren sich damals ebenso auf der Höhe der Wissenschaft stehend vorgekommen sein, wie wir es heute thun, und sie werden mit demselben Gefühl fortgeschrittener Ueberlegenheit, wie wir heute, zurückgeschaut haben auf das Thun und Denken ihrer Vorfahren. Was werden unsere Nachkommen im Jahre des Heiles 1984 von unseren Anschauungen sagen? Ich kann nicht daran zweifeln, dass bei dem Tempo, in welchem sich die Hülfsmittel der Naturforschung fortentwickeln, der Standpunct unserer Nachfolger im 20. Jahrhundert noch weiter von unserem heutigen entfernt sein wird, als es der unsere von dem im 18. Jahrhundert eingenommenen ist. Was wir heute beispielsweise als eine grosse Errungenschaft (auf dem Gebiete der Lehre von den Mikroorganismen) ansehen, wird in einer vielleicht nur wenige Menschenalter vor uns liegenden Zeit mitleidig als ein längst überwundener, nur noch geschichtlich interessanter Standpunct aufgefasst werden, — und so wird es fortgehen, so lange das Getriebe des Lebens und Arbeitens nicht still steht. «Es irrt der Mensch, so lange er strebt» — dieses Goethe'sche Wort wird das Motto und die Signatur jeder Geistesarbeit bleiben, so lange die Erde von denkenden Wesen bewohnt ist.

25 Jahre Entwicklungsgeschichte geistiger Bestrebungen sind nur ein Tropfen in dem unerschöpflichen Strome, der in vielen hunderttausend Jahren noch nicht seine Begrenzung findet. Dennoch sind in dem Bewusstsein der Zeitgenossen auch nur 25 Jahre eine lange Zeit, die nur einigermaassen erschöpfend zu behandeln weder in meinem Vermögen steht, noch in den engen Rahmen eines Vortrages zu zwängen möglich ist. Sie müssen daher, meine Herren die Dürftigkeit der knappen Skizze entschuldigen, die ich mir erlaube Ihnen am heutigen Tage vorzulegen. Dieselbe kann Ihnen nur bringen, was sie selbst miterlebt haben, und soll keinen andern Werth beanspruchen, als die Erinnerungen eines Zeitgenossen haben können. Diejenigen von Ihnen, welche schon das ganze Resultat der Arbeit des letzten Menschenalters aus den Hörsälen der Universität als ihr geistiges Eigenthum mit in das praktische Leben hinübergenommen haben, — sie haben es wohl leichter erworben als die, welche mit an dem Erwerbe dieser Schätze in täglicher Arbeit gerungen, und die in langsamem Schritt vorwärts strebend, mit den Jahren sich zu demselben Standpunct durchgekämpft haben, auf den die andern im Beginn ihrer Laufbahn mit dem ersten Schritt getreten sind. Wer von den Beiden besser daran ist, — ich mag es nicht entscheiden, — ich weiss nur dass ein jeder Besitz um so werthvoller ist, je mehr Arbeit zu seiner Erlangung erforderlich war. Generationen nach Generationen gehen denselben Entwicklungsgang, und wer heute zur jungen Generation gehört, kämpft sich durch, um auf seinen Schultern später wieder ein andres junges Geschlecht auf den Kampfplatz zu tragen.

Wenn wir nach einem Zuge suchen, welcher die gesammten medicinischen Wissenschaften im Laufe der letzten 2—3 Decennien charakterisirt, so möchte ich denselben in den Kämpfen auf dem Gebiete der Infectionslehre finden, welche heute in der Erkenntniss der colossalen Bedeutung der Mikroorganismen einen gewissen Abschluss gefunden haben.

Es verdient die Thatsache der Vergessenheit entrissen zu werden, dass das unsterbliche Verdienst den ersten und maassgebenden Anstoss zur Entwicklung der heutigen Infectionslehre gegeben zu haben einem zunächst viel angefeindeten und viel angegriffenen Manne gebührt. Der Geburtshelfer, Professor Ignaz Philipp Semmelweis, damals Assistent an der geburtshülflichen Klinik in Wien, war der erste, der Sturm lief gegen die bis dahin landläufigen Ansichten über die Aetiologie der heute überall als infectiös anerkannten Vorgänge im Puerperium. Er hat lange mannhaft und vergeblich gekämpft, er ist in und an diesem Kampfe zu Grunde gegangen, und erst eine spätere Generation hat ihm den Lorbeerkranz des Siegers auf sein frühes Grab gelegt. Was Semmelweis als einziges ätiologisches Moment für die Geissel der Gebärhäuser anerkannte, — die Infection, — das ist zur Herrschaft gelangt nicht bloss in den Anschauungen der heutigen Geburtshelfer und Chirurgen, sondern auch in viel weiterer Entwicklung und mutatis mutandis, in denen der Pathologen und Therapeuten im engeren Sinn.

Es war in der 2. Hälfte der 40-er Jahre, dass Semmelweis seine Theorien zuerst aufstellte; das Saatkorn, welches er gesäet hatte, begann aber erst sich zu entwickeln im Anfange der Zeit, der diese Zeilen gewidmet sind. Bis in die Mitte der 60-er Jahre ward gestritten, ob die sogen. Puerperalkrankheiten einem Contagium, einem Miasma oder einer Infection ihren Ursprung verdanken. Denken Sie an die Discussionen im Schosse der Pariser Academie, an die in unserer Section für Geburtshülfe über diese Frage, denken Sie der zahllosen Arbeiten, die über dieselbe geschrieben worden sind, an die hartnäckige Gegnerschaft, welche die Infectionstheorie gefunden, — und vergleichen Sie damit den Standpunct, den wir alle heute diesem Gegenstande gegenüber ganz selbstverständlich einnehmen, so werden Sie mir zugeben, dass der Kampf nicht bloss in der Theorie einen siegreichen Abschluss gefunden hat, — sondern auch, dass die ungeahnten therapeutisch-chirurgischen Erfolge unserer Zeit ihre erste Entstehung verdanken dem Anstoss, welchen der Geburtshelfer Semmelweis gegeben hat.

Mit besonderer Genugthuung gedenke ich an dieser Stelle der Arbeiten unseres Mitgliedes Dr. Th. Hugenberger, welche im Anfange der 60-er Jahre erschienen und mehr als irgend andere Forschungen dazu beitrugen Licht in diese damals noch controversen Fragen zu bringen. Mit bewundernswerthem Fleisse trug er sich aus vielen mühsam zugänglichen Quellen das Beobachtungsmaterial zusammen, und führte den unumstösslichen Beweis, dass die Puerperalkrankheiten das sind, wofür wir alle sie heute halten, (nämlich nicht durch etwaige atmosphärische oder tellurische resp. miasmatische Momente erzeugte Vorgänge — sondern solche, die durch locale Infection hervorgerufen und durch Weiterbringen der Infection verbreitet werden). Trotz der Klarheit von Hugenberger's Beweisführung, trotz einer grossen Zahl von Beobachtungen, welche die Literatur der nächstfolgenden Zeit gebracht hat, und die die Richtigkeit des von Hugenberger aufgestellten Axiomes bestätigten, bedurfte es noch mehr als eines Decenniums, bis sich eine merkliche Wandlung der Ueberzeugungen zu Gunsten der allgemeinen Anerkennung der Infectionstheorie vollzog, (und vollkommen wurde diese eigentlich erst, nachdem die Lehre von der Antiseptik auch in der Gebutshülfe ihre volle Geltung gewonnen hatte).

Die Folgen, welche die allgemeine Anerkennung der Infectionstheorie nach sich ziehen musste, waren von weittragender und einschneidender Bedeutung. Es gab doch eine Zeit, in welcher an der Hand unzweifelhafter statistischer Daten die Nothwendigkeit urgirt wurde, die grossen Gebärhäuser als Herde unvermeidlicher Infectionen, ganz abzuschaffen, — ein Standpunct, den jetzt wohl kein denkender Geburtshelfer mehr einnehmen wird, — und der in jener Zeit dennoch als ein fortschrittlicher bezeichnet werden musste. Nachdem die infectiöse Natur der Puerperal- und Wundkrankheiten festgestellt worden, richtete sich natürlicher Weise das Bestreben der Fachmänner darauf die Natur des Infectionsstoffes kennen zu lernen, die Art seiner Wirkung und den Weg seines Eintrittes. In diesen Forschungen liefen die Wege der Pathologen, Chirurgen und Geburtshelfer zusammen; die Namen Virchow, Billroth, Panum, Otto Weber, E. Bergmann u. n. v. a., die auf dem Wege des Thierexperimentes und der Beobachtung am Leichentisch an die Lösung der einschlägigen Fragen herantraten, haben ihren unver-

gesslichen Platz nicht bloss in ihren speciellen, sondern ebenso in jeder andern Disciplin. Von grosser Bedeutung für die Lösung dieser Fragen und damit für die Diagnostik überhaupt wurde die Einführung der Thermometrie in die Klinik, mit welcher eine früher nicht gekannte Sicherheit der Beurtheilung aller febrilen Zustände erreicht wurde und durch die unsere heutige Fieberlehre erst geschaffen werden konnte. Wir können uns jetzt kaum mehr zurückversetzen in jene Zeit, die doch sehr viele von uns noch in der Erinnerung haben, wo wir ausser dem Tastgefühl keinen Maassstab für die Höhe eines Fieberzustandes hatten. Ich registrire die Thatsache, dass in einer sehr kurzen Zeit der Thermometer sich ungetheilter Anerkennung als wichtiges, oft wichtigstes diagnostisches Hülfsmittel erwarb. Wunderlich begann im Jahre 1854 seine Aufmerksamkeit dem Verhalten der Eigenwärme in fieberhaften Krankheiten in ausgedehntem Maasse zuzuwenden, nachdem schon vor ihm dieselbe von einzelnen Forschern beachtet, jedoch nicht systematisch beobachtet worden war. Jedenfalls verdanken wir die ersten grundlegenden, systematischen Beobachtungen ihm, der auch die Gesetzmässigkeit der Temperaturschwankungen in den meisten fieberhaften Krankheiten nachwies. In dem Jahre 1863 wurden die ersten Arbeiten veröffentlicht, welche mit mehr oder weniger Vollständigkeit das Verhalten der Eigenwärme in der Geburt und im Wochenbett darlegten, und deren Resultate heute noch dieselbe Gültigkeit haben wie damals.

Mit diesem neuen Hülfsmittel in der Hand wurde es bedeutend leichter an die Lösung der Fragen zu treten, welche mit Anerkennung der Infectionstheorie flüssig geworden waren. Die Anschauung, dass ein Infectionsvorgang vom Beginn an einer Allgemeinerkrankung gleich zu achten sei, musste über Bord gehen, weil es klar war, dass die Infection ihr Gift durch eine Eintrittspforte in den Organismus bringen und folglich zuerst ein ganz localer Vorgang sein müsse. Obschon bereits Kiwisch den Satz aufgestellt hatte, dass die Uterusinnenfläche der Ausgangspunct der meisten Puerperalerkrankungen sei, — also den *localen Ursprung* dieser hervorgehoben hatte, sind doch Jahrzehnte darüber hingegangen, bis sich diese Auffassung allgemeine Geltung verschaffte — freilich aber auch dann in einem sehr erweiterten Sinn. In dem Trauma, in der Continuitätstrennung der gesunden Gewebe überhaupt und nicht blos im von Epithel entblössten Endometrium suchte und fand man die Inoculationsstelle der Infection, oder wie eine spätere präcisere Bezeichnung lautet, des septischen Giftes.

Mannigfach sind die Experimente, welche im siebenten Decennium unserer Jahrhundertes gemacht wurden, um die Natur und Wirkungsweise dieses septischen Giftes zu ergründen, welchem man nicht blos graduell sondern auch virtuell verschiedene Wirkungsweise zuschreiben zu müssen glaubte, und der Discordanz der Meinungen in diesem Gebiete verdanken wir eine ganze Anzahl verschiedener Krankheitsbegriffe, die zum Theil heute kaum mehr genannt werden; (es wurde eine Zeitlang ein Unterschied gemacht zwischen Ichorrhämie und Septicämie, Pyämie und Phlebitis und Lymphangoitis, — je nachdem das eine oder andere Gewebe intensiver in Mitleidenschaft gezogen war, resp. auf welchem Wege sich der primäre Entzündungsprocess weiter verbreitet hatte). Durch die Thierexperimente, wie sie damals gemacht wurden, ist jedenfalls das volle Verständniss der accidentellen Wundkrankheiten angebahnt worden, und es muss als bleibender Gewinn derselben angesehen werden die Feststellung der Thatsache, dass zur Erzeugung einer Wundinfection nothwendiger Weise ein infectiöser Stoff in die Blutmasse gelangen muss auf dem Wege eines Trauma und des directen Contactes.

War ein Mal dieses Dogma von Chirurgen und Geburtshelfern als richtig anerkannt, so konnte es nicht mehr schwer sein den Weg aufzudecken, auf welchem der Infectionsstoff auf die Traumen der gesunden Wöchnerin gelangte; trotz lebhafter Opposition seitens Einzelner gegen sie, wurde bald die Anschauung Siegerin, das die Uebertragung des Giftes auch bei der Puerpera nur auf dem Wege des directen Contactes geschähe, — so dass in gewissem Sinne eine alte, besonders in England heimische Auffassung von der Contagiosität des Puerperalfiebers wieder zur Geltung gelangte. Damit stand man schon auf dem Puncte, von dem aus Lister seine antiseptischen Verfahrungsweisen construirte.

Dem Umschwunge in der Auffassung von der Natur und Aetiologie der Wundkrankheiten musste eine radicale Veränderung in den therapeutischen und prophylaktischen Maassnahmen folgen. Zwar war schon vor dem Beginn der letzten 25 Jahre kein denkender Mensch darüber im Unklaren, dass von einer erfolgreichen Therapie bereits entwickelter Puerperalprocesse resp. Wundkrankheiten keine Rede sein könne, und dass das einzige Heil in einer rationellen Prophylaxe bestehen müsse; man hatte bald genug eingesehen, dass von dem Gebrauche von Digitalis, Tart. emet., Quecksilberpräparaten, Laxantien, Chinin, Veratrin etc. etc. etc. ein nichts weniger als befriedigender Erfolg zu erhoffen sei, und wandte seine ganze Energie der Prophylaxe zu: Ventilation der Krankenräume, — Trennung der Erkrankten von den Gesunden so vollkommen wie möglich, ergaben Resultate, die wesentlich vortheilhaft abstachen von Vielem, was vor Einführung dieser Einrichtungen erreicht worden war. Nichtsdestoweniger kamen auch in sorgfältig geleiteten geburtshülflichen und chirurgischen Anstalten immer wieder von Zeit zu Zeit Endemien vor, welche bewiesen, dass auch die peinlichste Reinlichkeit, die vollkommenste Ventilation u. s. f. nicht hinreichen, der Infection vorzubeugen, deren Quellen aufzudecken lange nicht überall gelang. Es bleibt auffallend, dass der richtigste Weg. einer Uebertragung der Infection vorzubeugen, wie ihn Semmelweis vom Jahre 1846 an so energisch empfohlen hatte, nämlich die consequente Desinfection der Hände aller Untersuchenden (seine Chlorwaschungen), noch in den Jahren 1860—1870 verhältnissmässig so wenig betreten wurde. Erst der von den Chirurgen inaugurirten antiseptischen Zeit war es vorbehalten, die praktische Verwerthung der Semmelweis'schen Principien zu voller Geltung zu bringen.

Um das Jahr 1858 beschrieb Virchow zum ersten Male die Entzündung des Beckenbindegewebes, die er mit dem uns heute so geläufigen Namen Parametritis bezeichnete. Er wies nach, dass diese Phlegmone eine Folge der Traumen des Genitalschlauches ist, und dass sie auf dem Wege der Weiterverbreitung auf den Bahnen der Lymphgefässe der gewöhnlichste Ausgangspunct der so gefürchteten metastatischen Processe ist. Zunächst kannte man nur eine puerperale Parametritis, und dachte noch nicht daran, der Entwicklung derselben durch entsprechende Berücksichtigung der Traumen vorzubeugen. Es hat lange gedauert, bis man den Muth fasste, sie mit temperirten Wasserumschlägen zu behandeln, und noch mehr Muth gehörte dazu, die früher perhorrescirte Kälte in Form des Eisbeutels in Gebrauch zu ziehen. Galt doch lange Zeit die Erkältung als das hauptsächliche ätiologische Moment aller krankhaften Vorgänge im Wochenbett, und von diesem Gesichtspunct aus wäre jeder gesteinigt worden, der es wagte, eine Puerpera in directen Contact mit etwas so Kaltem, wie ein Eisbeutel ist, zu bringen. Trotzdem hat sich der Gebrauch dieses unvergleichlichen therapeutischen Agens, nachdem das Eis ein Mal gebrochen war, — schnell eingebürgert. Länger hat es gedauert, bis man sich entschloss in rationeller Weise die Verletzungen, die der Geburtsact gesetzt hatte, zu berücksichtigen. Die vielen ungeheilten Dammrisse, die wir in der gynäkologischen Praxis bei älteren Frauen finden, bezeugen, wie wenig die Dignität dieser Traumen in früherer Zeit beachtet worden ist. (Galt es doch lange für gefährlich auch nur Ausspülungen einer puerperalen Vagina vornehmen zu lassen).

Dem Principe zu Folge, dass die Mehrzahl der Erkran-

kungen im Wochenbett von der Innenfläche des Uterus ihren Ausgangspunct nimmt, wurden bereits im Anfange der 60iger Jahre im hiesigen Hebammeninstitute Ausspülungen des Cavum uteri mit desinficirenden Lösungen gemacht; im Grossen und Ganzen waren die Resultate gute, jedoch wurde diese Behandlungweise wieder aufgegeben, weil sie in einzelnen Fällen zu sehr schlimmen Folgen führten (die durch Einpumpen von Luft in die Venen bedingt waren). Das therapeutische Princip war unbestreitbar richtig, die Ausführung scheiterte an dem mangelhaften Instrumentenapparat. Zwar waren schon mancherlei Injectionsinstrumente ersonnen worden, — sie konnten aber alle nicht den Anforderungen genügen. Erst Hervieux führte etwa 10 Jahre später ein Instrument in die Praxis ein, das eine gefahrlose Ausspülung des Uterincavums ermöglichte, und die Canule à double courant mit dem Esmarch-schen Irrigator hat in verschiedenen Modificationen sich allmälig, auch nicht ohne eine zähe Opposition zu überwinden, als ein unentbehrliches Instrument in die geburtshülfliche und gynäkologische Praxis eingebürgert. Durch diese Erfindung ist erst eine schon lange vergeblich erstrebte intrauterine Therapie möglich geworden.

Den bedeutendsten Einfluss auf die weitere Entwicklung der puerperalen Therapie hat entschieden die Entdeckung Lister's geübt. Von einer grossen Menge bedeutender Chirurgen mit Anerkennung begrüsst, hat dieselbe einen entscheidenden Einfluss in der geburtshülflichen Praxis etwa erst von der Mitte der 70-er Jahre an gewonnen; und wohl noch kein Umschwung der Ansichten hat so segensreiche Folgen gehabt, wie der Uebergang der Geburtshelfer zu den sogenannten antiseptischen Principien. Wir sind noch hoffentlich nicht am Ende der Entwicklungsfähigkeit derselben, und wie gross sind bereits die Resultate, die sie aufzuweisen haben. Max Boër hat in seiner Arbeit über die Sterblichkeit im Wochenbett den Nachweis geführt, dass keine Cholera, keine Pockenepidemie so zahlreiche und so schwer wiegende Verluste an Menschenleben bewirkt, wie die Infectionskrankheiten im Wochenbett, von denen es doch feststeht, dass ihnen durchaus vorgebeugt werden muss und kann durch Befolgung höchst klarer, höchst leicht ausführbarer sanitärer Maassregeln. Wenn wir die statistischen Berichte der Gebärhäuser aus den Decennien 1850 bis 1860 und 1860—1870 durchsehen, so stossen wir sehr häufig auf Mortalitätsprocente von 5, 6 und selbst 10, und eine Mortalität von 2—3 % galt in jener Zeit schon für sehr gering, d. h. es galt für sehr wenig, wenn von 1,000,000 Frauen, die in der Blüthe ihrer Jahre stehen, die als Mütter und Hausfrauen einen unersetzlichen Werth für die Familie und den Staat haben, es galt als wenig, wenn von einer Million solcher kostbarer Menschenleben im Jahre 20,000—30,000 zu Grunde gingen, Weit weniger ungünstig liegen die Verhältnisse ausserhalb der Gebärhäuser — aber auch dort sind die Ziffern noch sehr ungünstig; im Jahre 1875, welches im preussischen Staate das Minimaljahr puerperaler Sterblichkeit in einer 60-jährigen Jahresreihe war, starben von 1,069,753 entbundenen Frauen 7,213 im Puerperium; d. h. die als sehr günstig anzusehende Mortalitätsziffer von 0,6 % bezeichnet einen Verlust von über 7000 Menschenleben, die durch richtiges antiseptisches Verfahren zum grössten Theil erhalten worden wären. Dieser von jeher anerkannte Unterschied der Sterblichkeit innerhalb und ausserhalb der Gebärhäuser wurde zum Motiv des ernst gemeinten Vorschlages zur Abolirung derselben. Mit Einführung der Antiseptik hat sich aber das Verhältniss umgekehrt. Schröder in Berlin erlangte in einer grossen Reihe von Laparotomien in der *verrufenen* Gebärklinik bisher ungeahnte glückliche Resultate, bei weitem glücklichere, als irgend wo in der Privatpraxis, und erklärt das mit folgenden Worten: «Der Schlüssel zu diesem Räthsel liegt darin, dass in einer gut eingerichteten Anstalt die Controle der *Personen* und der Geräthschaften so vollkommen ist, wie nirgend anderswo, dass also bei richtiger Anordnung sich die Infectionsstoffe von den Operirten mit grosser Sicherheit abhalten lassen». Wenn das für Laparotomirte zu so guten Resultaten führt, um wieviel mehr muss das gelingen bei andern Operirten und bei Gebärenden, deren Verletzungen so unverhältnissmässig weniger grave sind.

Und in der That haben die Erfahrungen der allerletzten Jahre bewiesen, wie erfolgreich für die Erhaltung des Lebens und der Gesundheit der Puerperae und der chirurgischen Kranken die stricte Befolgung der *antiseptischen* Principien ist. Von der Carbolsäure sagt ganz neuerdings Stadfeldt sehr treffend: Ich für meinen Theil nähre grosse Pietät der Carbolsäure gegenüber, welcher doch der Ruhm gebührt, das Ansehen der Gebäranstalten als Humanitätsinstitution wieder hergestellt zu haben. Obschon Stadfeldt diesen Ausspruch thut in favorem der Carbolsäure contra Sublimat, so lässt sich wohl vollkommen bestimmt an die Stelle des Wortes Carbolsäure der Begriff antiseptisches Verfahren substituiren, — durch welches ebensowohl die Gebärhäuser als die chirurgischen Kliniken ihre volle Existenzberechtigung wieder gewonnen haben. Niemand hat heute mehr das Recht principiell die Zweckmässigkeit der Gebärhäuser und die Sicherheit des Lebens und der Gesundheit der in denselben Verpflegten anzuzweifeln, so sehr man auch vor etwa 20 Jahren das Recht hatte die Abschaffung der grossen Gebärhäuser zu urgiren. Dieselben letzten Jahre haben uns auch erkennen gelehrt, wie dringend nothwendig es ist, dass die in freier Praxis arbeitenden Hebammen von autoritativer Seite her gezwungen würden, strict nach antiseptischen Principien zu verfahren. Bisher ist es noch nicht gelungen, die Emanation diesbezüglicher, für Alle geltenden Verordnungen zu erlangen, — aber von Seiten der medicinischen und geburtshülflichen Gesellschaften sind in aller Herren Länder die nöthigen Vorstellungen an die betr. Administrativbehörden gemacht worden, und es kann nicht bezweifelt werden, dass in Zukunft keine Hebamme mehr die Approbation erhalten wird, die nicht genügende Kenntniss der bei der Geburt und im Wochenbett nothwendigen antiseptischen Cautelen documentirt. So hat im Verlaufe der letzten 25 Jahre die Frage der Infectionslehre immer im Mittelpuncte aller Bestrebungen gestanden, und hat neben ihr kein anderes Moment gleiche Bedeutung gewinnen können. Von der Infection durch Leichengift, — dem Punct von welchem Semmelweis zuerst ausging, bis zur Reinzüchtung specifischer Mikroorganismen, von den Semmelweis'schen Chlorwaschungen der Hände bis zu den raffinirten Feinheiten unserer heutigen Antiseptik haben uns die letzten 25 Jahre geführt, immer denselben einen Weg, dessen Ende wir sicher noch lange nicht erreicht haben.

Wenden wir nun unsern Blick der Gynäkologie und der Lehre von den Krankheiten der nicht im Fortpflanzungsgeschäft befindlichen Frau zu, so sehen wir, dass auf dem Gebiete dieser Disciplin auch gewaltige Umwälzungen stattgefunden haben. Die Gynäkologie in den Anfängen der uns beschäftigenden Zeit war, abgesehen von dem Gebrauche von Blutegeln, im Ganzen eine sehr blutscheue Wissenschaft, die sich mehr der Therapie der inneren Krankheiten anlehnte, als der Chirurgie. Der Gebrauch des Mutterspiegels war fast noch ein Privilegium vereinzelter bevorzugter Aerzte, und ich fürchte, es gab zu jener Zeit noch einzelne Gynäkologen von Fach, welche den Gebrach der Uterussonde für eine strafbare Vermessenheit ansahen. Die Diagnose bezog sich meist auf die Lage und Grösse des Uterus, namentlich wurde die Beschaffenheit des Collum uteri berücksichtigt, und die meisten Diagnosen bezogen sich auf Infarct, Versionen und Inflexionen, und Läsionen der Mucosa auf den Muttermundslippen, denen eine sehr grosse Bedeutung beigelegt wurde. Die Bedeutung der Erkrankungen der Uterusadnexa, namentlich der Parametrien war unbekannt. In der Therapie spielten die Hauptrolle die an die Vaginalportion applicirten Blutegel und die Aetzungen der aus-

schliesslich als Ulceration bezeichneten Orificialerosionen mit dem Lapisstifte. Die einzige, von einzelnen Aerzten geübte Intrauterintherapie bestand in der Einführung von pulverisirtem Silbersalpeter und in dem Gebrauche von Interuterinstiften. Die mechanische Behandlung der Deviationen mit diesen war eine Controversfrage, welche die Gemüther in Aufregung erhielt, und die wenigen blutigen Operationen der Gynäkologen bestanden in der von Simson eingeführten, den heutigen Anforderungen nicht mehr genügenden Discission des Cervicalcanales und in der Abtragung der am Collum sitzenden Neubildungen. Die plastischen Operationen am Perinäum wurden schon seit Fricke ausgeübt, wenngleich in sehr ungenügender Weise, und die Operation der Blasenscheidenfistel wurde nur selten gemacht, bis ihr von G. Simon Bahn gebrochen wurde.

Der Umschwung der Anschauungen vollzog sich namentlich in der Zuneigung zu chirurgischen Eingriffen, die nach dem Erscheinen der Gebärmutterchirurgie von M. Sims im Jahre 1866 sehr stark, vielleicht zu stark in Aufnahme kamen. Die Deductionen dieses genialen Amerikaners hatten sehr viel Bestechendes, und er hat bestimmt das Verdienst, der Gynäkologie eine andere und mehr Nutzen bringende Richtung gegeben zu haben, wenngleich er in vielen Beziehungen zu weit gegangen ist in seiner mechanischen Auffassung der Uterinpathologie. Die Anatomie und Histologie des weiblichen Sexualapparates fand mehrfach sorgfältige Bearbeitung, und gab den Discussionen über die Ursachen der weiblichen Sterilität, welche besonders durch Sims in den Vordergrund gebracht worden war, einen sicheren Boden.

Bis M. Sims den ersten Anstoss gab zu einer andern Auffassung der Gynäkologie, war der Inbegriff derselben eigentlich nur die chronische Metritis, wie sie Gegenstand einer so betitelten, 1863 erschienenen Monographie von Scanzoni war; — die chronische Metritis mit einigen meist indifferent behandelten Neubildungen der weiblichen Sexualorgane — das war die ganze Gynäkologie. Ein Jahr nach dem Erscheinen von Sims Gebärmutterchirurgie erschien die vierte Auflage des Lehrbuches der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane von Scanzoni, einer Arbeit, die in ihrem diagnostischen und klinischen Theil auch heute noch als maassgebend bezeichnet werden darf, während die therapeutischen Anschauungen desselben nur noch in sehr beschränktem Sinne diese Bezeichnung verdienen. Von der heutigen chirurgisch-gynäkologischen Behandlung finden sich in demselben nur ganz geringe Andeutungen, und das erste Lehrbuch der gynäkologischen Operationen erschien erst 1874; es ist das Buch von Hegar und Kaltenbach, das seitdem eine 2., bedeutend erweiterte Auflage erlebt hat, und das in seinen zwei stattlichen Bänden als klassisch bezeichnet werden muss.

Die mittelst künstlicher Erweiterung des Cervicalcanales ermöglichte Diagnose der Zustände des Endometrium, die mit Hülfe des Mikroskopes bewerkstelligte Analyse der demselben entnommenen Präparate, die intrauterine Therapie mittelst Curette und Ausspülungen mittelst des Fritsche'schen oder Bozemann'schen Katheters, mittelst der Playfair'schen Sonde, die blutigen und plastischen Operationen am Cervicalcanal, (die keilförmigen Excisionen aus der hypertrophischen Portio vaginalis), die heute unter antiseptischen Cautelen mit so grosser Gefahrlosigkeit und so günstigem Erfolge geübt werden, die an die Wunden der Cervix angelegten Näthe, die plastischen Dammoperationen u. s. f. sind früher unbekannt gewesene Verfahrungsweisen, die wir als bedeutende Fortschritte bezeichnen müssen. Fast noch grösser sind die, welche durch die Operationen der Uterus- und Ovarialneubildungen in der gynäkologischen Praxis sich eingebürgert haben.

Zwar wurden Polypen und Carcinome schon lange auf operativem Wege exstirpirt, die Blutungen die dabei auftraten mit Eisenchlorür und dem Glüheisen gestillt; Polypen wurden unter Verjauchung mit Ligaturapparaten langsam durch viele Tage dauernde Abschnürung abgetragen. Diesen Verfahrungsweisen gegenüber war der von dem genialen Middeldorpf eingeführte galvanische Glühdraht ein bedeutender Fortschritt, jedoch ist auch dieser für die grosse Mehrzahl der betr. Fälle durch bessere Operationsmethoden verdrängt worden. Namentlich muss das gelten für die Operation der Cervixcarcinome, die nach Hegar durch die blutige, hohe, trichterförmige Excision mit Vernähung der Wundränder eine wesentliche Verbesserung erfahren hat. Der radicalste Schritt in dem Bestreben die Uteruscarcinome zu heilen, ist die Entfernung des ganzen Uterus mittelst der genial erdachten nach ihrem Erfinder Freund benannten Methode (per laparotomiam) oder nach der von Schröder angegebenen per vaginam. Beide Methoden haben viel Discussionen erregt vor 5—6 Jahren und später, sie haben aber bisher bei Weitem keine allgemeine Aufnahme gefunden, und sind von Vielen wieder verlassen worden. Man ist noch nicht zur Ueberzeugung gekommen, dass sie sicherer vor Recidiven schützen, als die sogenannten palliativen Operationen. Selbst wo auch durch diese nichts Wesentliches ausgerichtet werden kann, erreichen wir für die unglücklichen Kranken, die früher als verlorne Posten nur noch indifferent behandelt wurden, durch den Gebrauch des Simon'schen scharfen Löffels, des Thermocauter und Aetzung mit verschiedenen chronischen Causticis der gereinigten Wundfläche noch sehr dankenswerthe palliative Hülfe, durch die mindestens der Jauchung vorgebeugt werden kann.

Noch in den 60-er Jahren befanden wir uns den interstitiellen, den subserösen und den breitaufsitzenden submukösen Fibromen gegenüber in einer wahrhaft trostlosen Lage. Zwar hat die von dem verstorbenen Hildebrandt eingeführte Ergotinbehandlung in manchen Fällen wesentliche Heilerfolge erzielt, jedoch waren das die Ausnahmen, während in der Mehrzahl der Fälle von interstitiellen Fibromen und in allen Fällen subserösen Sitzes durch sie nichts erreicht wurde. Die Operation per Laparotomiam war perhorrescirt. 1867 sagt Scanzoni von derselben wörtlich: «Wir für unsern Theil sehen in derartigen tollkühnen Eingriffen keinen Fortschritt der Chirurgie und geben uns der Hoffnung hin, dass das Beispiel der englischen und französischen Collegen in dieser Beziehung auf deutschem Boden nie Nachahmung finden werde». Nachdem Sp. Wells schon beinahe 1000 Ovariotomien gemacht hatte, sprach er sich noch sehr abfällig über die Hysterolaparotomie aus. Und heute? Sp. Wells operirt die grossen Uterusfibrome mit demselben Geschick und demselben Erfolge wie die Ovariencysten, und in Deutschland haben Hegar und Schröder die Hysterotomie mit so glänzendem Erfolge ausgeführt, dass sie mit vollem Rechte diese Operation für weniger gefährlich halten als manche Ovariotomie. — Auch die früher für conditio sine qua non gehaltene extraperitonäale Behandlung des Operationsstumpfes ist, seit Schröder den Gedanken seiner Etagennähte desselben erfolgreich durchführte, zu Gunsten der intraperitonäalen Behandlung aufgegeben. Es darf bei der Besprechung der früher für unheilbar gehaltenen Fibrome nicht unerwähnt bleiben die Entfernung derselben durch Enucleation, wie sie von Martin angegeben wurde, und durch die Geschwülste von bedeutender Grösse aus ihrem Lager herausgeschält, und die Kranken so geheilt werden. Für die Neubildungen der Ovarien ist die Operation mittelst Laparotomie schon viel früher auf den ihr gebührenden Platz erhoben worden, und die ersten Hysterotomien wurden ganz zufällig gemacht, indem die Operateure nach Eröffnung der Bauchhöhle anstatt des diagnosticirten Ovarientumor einen solchen des Uterus fanden. In Betreff der Ovariotomie hat Scanzoni in einer um 10 Jahre älteren Ausgabe seines Lehrbuches etwa dasselbe ausgesprochen wie 1867 von der Hysterolaparotomie, während er um diese Zeit schon die Berechtigung der Ovariotomie vollkommen anerkennt, obschon die-

selbe bis dahin eine Mortalität von etwa 33 % für alle bekannt gewordenen Fälle ergeben hatte.

Die Verbreitung, die diese Operation gewonnen, und die Entwicklung der Methoden derselben sind so frisch in dem Gedächtniss Ihrer Aller, dass ich mir kaum erlauben darf, einige Momente der Geschichte derselben hervorzuheben. In Petersburg wurde die erste Ovariotomie im Jahre 1863 von Krassowski ausgeführt und mit glücklichem Erfolge, nachdem bereits in Amerika, in England und in Deutschland sowie in Frankreich eine ganze Reihe von Ovariotomien gemacht worden war. Der Eingriff, bei welchem die Peritonäalhöhle geöffnet wurde, erregte wohl zuerst von vielen Seiten so ernste Bedenken, dass so manche Aerzte es für richtiger hielten, ihre Patientinnen eines natürlichen Todes in Folge ihrer Krankheit sterben zu lassen, als sie der grossen Wahrscheinlichkeit auszusetzen, an den Folgen der Operation zu Grunde zu gehen. Hatten doch die Kaiserschnitte, welche die einzigen bis dahin geübten Laparotomien waren, durchweg so ausgezeichnet schlechte Resultate ergeben, dass es wahrlich Niemand zu verargen war, wenn er sich zu einer derartigen Operation nur dann entschloss, wenn er bestimmt vorhersehen konnte, dass ohne dieselbe die Kranke in wenig Stunden dem Tode verfallen war. Da war es denn wohl sehr begreiflich, dass man Ovariencysten viel lieber punctirte und durch Injectionen mit Jodtinctur u. dgl. m. zu heilen suchte, als dass man sich zu einer Radicaloperation entschloss. Nichtsdestoweniger hat sich diese in kurzer Zeit als nothwendiges und ebenso berechtigtes wie segensreiches Hülfsmittel in den Ueberzeugungen der Chirurgen und Gynäkologen festgesetzt, und wird von Jahr zu Jahr öfter geübt, so dass die Zahl der jährlich gemachten Ovariotomieen wohl nach 1000en zu veranschlagen sein wird. Wie für alle Operationen so ganz besonders für die in der Bauchhöhle ist Lister's Lehre von colossaler Bedeutung geworden, — gerade weil das Peritonäum das feinste Reagens auf Fäulnisskeime und zugleich mit einer ganz unglaublichen Resorptionsfähigkeit ausgestattet ist. Nach Schröder's Worten, — und jeder Operateur unserer Tage wird denselben unbedingt beipflichten — kann man das Bauchfell reissen, quetschen, schneiden, brennen ohne den Erfolg der Operation zu compromittiren, wenn man nur alle Fäulnisserreger ausschliesst. Die Methoden, nach welchen die Ovariotomien ausgeführt werden, haben vielfache Modificationen erfahren, ohne dass durch diese allein eine namhafte Verminderung der Verluste erreicht worden wäre. Es galt lange Zeit für bei Weitem sicherer, den Stiel extraperitonäal zu behandeln; man wetteiferte darin, mit möglichst kleinen Bauchschnitten auszukommen, weil die Statistik nachgewiesen hatte, dass die Sterblichkeit nach Ovariotomien in gradem Verhältniss zu der Länge des Bauchschnittes wuchs. Trotz aller Bemühungen konnten aber auch die besten Operateure es nicht dazu bringen, dass sie viel weniger als 25 % ihrer Operirten verloren. Wodurch zunächst diese Verluste bedingt waren, wusste man nicht vollständig genau: Chock und Peritonitis waren die anerkannt häufigsten Todesursachen. M. Sims wies nach, dass der Tod nach den Ovariotomien fast immer in Folge *septischer* Infection erfolge, die sich aus der Zersetzung des Bluts, das in die Peritonäalhöhle ergossen worden war, und des Serum, das sofort nach der Operation vom Peritonäum abgesondert wird, entwickelt. Er vertrat den Gedanken, diesen Secreten schon in palliativer Weise durch Drainage per vaginam Abfluss zu verschaffen, und ist so der Vater der Drainage der Bauchhöhle geworden. Wir erinnern uns alle der Discussionen, welche über die Drainage der Bauchhöhle geführt worden sind, die jetzt nur für wenige Fälle reservirt bleibt. Das Princip, das Sims vertrat, ist ein richtiges, obschon er damals keine Kenntniss hatte von der Bedeutung der Fäulnisserreger, welche während der Operation in das Peritonäum gelangen. Lister's grosse Entdeckung, und die Arbeiten im Gebiete der Bacteriologie haben in ihrer Anwendung auf die Laparotomien diese zu einer relativ gefahrlosen Operation gemacht und einer grossen Menge verlorner Kranken das Leben und die Gesundheit erhalten. Die besten Resultate, die Operateure wie Köberle, Wells, Keith, Baker-Brown u. A. m. vor der antiseptischen Zeit erreichten, können sich nicht vergleichen mit denen, die erlangt wurden nachdem die Operateure in correcter Weise antiseptisch verfuhren. Indem dieselben jeden Eintritt von Fäulnisserregern in das Operationsgebiet zu vermeiden wussten vor und *während* der Operation, machten sie die Maassregeln unnöthig, die Sims mit seiner Drainage *nach* der Operation treffen zu müssen glaubte.

Es ist eigenthümlich, wenngleich verständlich, dass die Diagnostik der Unterleibstumoren sich in hohem Grade ausbildete in demselben Maasse, als diese öfter zur Operation kamen. Der Erfolg dieser ist ja in erster Linie abhängig von der Genauigkeit jener, und in diesem Bewusstsein geschah unendlich viel, um vor der Operation zu einer möglichst genauen Einsicht der Beschaffenheit, Lage etc. der zu operirenden Geschwülste zu gelangen. Um diesen Zweck zu erreichen wurde die Chloroformnarkose behufs genauer Ausführung der Exploration in die Klinik eingeführt. Andrerseits aber gab die ausgeführte Operation eine auf anderem Wege unerreichbar genaue Controle der vorhergestellten Diagnose, — so dass auf diesem Gebiete die letzten Jahre ebenfalls in hohem Grade fördernd auf die gynäkologische Diagnostik eingewirkt haben. Immerhin aber hat die verbesserte Diagnostik und Technik der Operationen im Verlaufe der letzten 2 Decennien nur zum kleinsten Theile so viel zur Heilbarkeit der Tumoren des Uterus und der Ovarien beigetragen als die Vervollkommnung des Verfahrens, das die Einwirkung der Infectionskeime zu beseitigen sucht.

Die Erkrankungen der Ovarien und der Tuben in ihrer Bedeutung auf das Gesammtbefinden erfreuten sich früher nur einer platonischen Berücksichtigung; die in Gebrauch befindlichen Curmethoden konnten sich sicherer Erfolge nicht rühmen, und trotz vielfacher Badereisen und anderer zeitraubender Curen waren die meisten der betr. Kranken dazu verurtheilt, ihre Leiden mit sich umherzutragen, bis meist mit dem Eintritt des Klimakteriums ihnen die lang ersehnte Erleichterung zu Theil wurde. Die letzten Jahre haben auf diesem Gebiete eine Wandlung hervorgebracht, die gegenwärtig noch nicht zu einem Abschluss gekommen ist, die aber zum Theil schon vielfach günstige Resultate ergeben hat, und wahrscheinlich in der Zukunft, wenn die Frage noch mehr sich geklärt haben wird, von noch weiter tragender Bedeutung werden kann. Ich meine den von Battey und Hegar gleichzeitig in die Praxis übersetzten Gedanken, durch Exstirpation der erkrankten Ovarien den Klimax zu anticipiren. Es liegen schon nicht wenige Beobachtungen vor, welche beweisen, dass in der That auf diesem Wege hartnäckige Reflexneurosen geheilt worden sind, dass die von chronischen, sonst unheilbaren Oophoritiden und Perioophoritiden bedingten Beschwerden radical durch die Castration beseitigt wurden, und dass endlich auch manche von nicht operirbaren Uterusfibromen bedingten Metrorrhagien sistirten, dass die Fibrome eine regressive Metamorphose eingingen, nachdem die Oophorectomie gemacht worden war.

Ueberschauen wir noch ein Mal die Summe alles dessen, was sich im Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie im Verlaufe der letzten 25 Jahren verändert, und wie wir ja wohl sagen können verbessert hat, so dürfen wir uns der Errungenschaften freuen. Es ist unzweifelhaft, dass die Gefahren, denen die Frau in Erfüllung des Fortpflanzungsgeschäftes ausgesetzt ist, um ein Bedeutendes vermindert sind; es ist unzweifelhaft, dass viele Krankheitszustände, die vor 25 Jahren als ein noli me tangere angesehen wurden, oder vollständig unheilbar waren, dank den vervollkommneten Hülfsmitteln der heutigen Diagnostik und Therapie zu den heilbaren gehören. Es ist die Arbeit des letzten Viertel-

jahrhunderts, so weit wir das am Ende desselben beurtheilen können, nicht fruchtlos geblieben. Jede Disciplin der medicinischen Wissenschaften darf sich rühmen, in gleicher Weise die Grenzen des Wissens und Könnens erweitert zu haben, und wir könnten uns versucht fühlen uns dess zu freuen, dass wir es «doch so herrlich weit gebracht haben».

Aber immer und überall stossen wir auf die Grenzen des menschlichen Wissens, und nie wird der Zeitpunct eintreten, wo diese nicht mehr bestehen. Dennoch hat dieses Bewusstsein nie lähmend gewirkt auf das Bestreben weiter vorzudringen auf der Bahn der Naturforschung, welche die Grundlage ist aller Fortschritte in der praktischen Medicin. Stille stehen heisst zurückgehen, — und wo das Streben aufhört, — da hört das Leben auf. Mag auch die Zukunft das, was wir erstrebt und errungen haben in die Rumpelkammer stellen, mag eine spätere Zeit über das, was wir heute für werthvoll halten, zur Tagesordnung übergehen, — sie kann sich doch nie aus dem historischen Zusammenhange lösen, in welchem sich wie in einer Kette Glied an Glied fügt, — ohne dass jemals eines als das Letzte bezeichnet werden kann. Aus dem Irrthum wird die Wahrheit geboren, — und es irrt der Mensch, so lang er strebt.

Referate.

Trussewitsch: Glonoin bei Angina pectoris. Vorläufige Mittheilung. Jesh. kl. Gas. №№ 24, 25).

Tr. hat das von englischen Aerzten empfohlene Glonoin (Nitroglycerin) gegen Angina pectoris bei schweren Herzfehlern mit gutem Erfolge angewandt. Dosis 3—7 Tropfen einer 1 % Lösung in Wasser und Spiritus. Er hält das Mittel für vorzüglich behufs Verhütung der Anfälle von Angina pectoris bei organischen Leiden des Herzens und der Gefässe, radical heilend bei reinen Neurosen des Herzens und jedenfalls dem Amylnitrit vorzuziehen. (Ref. hat das Mittel in 2 Fällen von organischen Herzkrankheiten [Fettherz und Aorteninsufficienz] mit vorübergehend gutem Erfolge gebraucht, in 4 Fällen von reinen Herzneurosen wirkte es gar nicht). Hz.

Tumas: Materialien zur Pharmakologie des Chininum bromatum. (Jesh. klin. Gas. № 6).

T. kam bei seinen Versuchen zu folgenden Resultaten:

1) Das Mittel hält sowohl die Alcoholgährung, als auch das Faulen des Bluts gut auf.

2) Der Blutdruck sinkt nach kleinen (0,0025—0,01 auf 1 Kilo des Thiers), mittleren (0,01—0,025) und grossen Gaben (0,03—0,05) sofort nach der subcutanen Injection aber in verschiedener Stärke und Zeit je nach der Dosis.

3) Der Puls wird durch kleine und mittlere Gaben beschleunigt, kehrt aber bald zur Norm zurück; grosse Gaben verlangsamen ihn sofort und auf lange Zeit.

4) Das Sinken des Blutdrucks beruht auf einer Parese der gefässverengernden und einer Reizung der gefässerweiternden nervösen Apparate.

5) Das Chlorchinin wirkt ebenso wie das Bromchinin, nur bedeutend schwächer.

6) Die Athmung wird verlangsamt und seltener, nach wiederholten Injectionen und grossen Gaben bleibt schliesslich die Athmung im Exspirium stehen; das asphyktische Thier kann durch künstliche Respiration wieder zum Leben gebracht werden.

7) Das Mittel setzt, sowohl local, als auch subcutan angewandt, die Erregbarkeit der psychomotorischen Centren stark herab und verlängert den Zeitraum zwischen der Erregung der psychomotorischen Zone und der entsprechenden Muskelbewegung um das 2—3-fache.

Chronische Vergiftung mit mittleren Dosen Bromchinin (subcutan) während eines Monats erzeugte bei jungen Hunden Verlust an Körpergewicht, Schlaffheit, Herabsetzung der Körpertemperatur um Theile eines Grades, Herabsetzung der Schmerzempfindung und der elektrocutanen Sensibilität, der Erregbarkeit der psychomotorischen Centren und Verlangsamung der motorischen Leitung.

Einem Thiere mit sthenischem Fieber muss eine grössere Gabe Bromchinin beigebracht werden (zuweilen die doppelte), als einem gesunden, um den Blutdruck herabzusetzen, diese Herabsetzung dauert auch kürzere Zeit. Bei adynamischem Fieber genügt eine 3 Mal geringere Menge Bromchinin, um denselben Effect, wie bei einem gesunden zu erzielen. Hz.

Des Vallières: Rhachitis und phosphorsaurer Kalk. (Gaz. des Hôp. 144, 1883).

Verf. empfiehlt Präparate aus phosphors. Kalk (am besten mit Pepton, als Peptone phosphatic Bayard) nicht blos rhachitischen Kindern in grösserem Maasse, wie bisher zu geben, sondern dieselben auch schwangeren und stillenden Frauen zu administriren, bei denen der Verbrauch von Phosphaten ein gesteigerter ist.

Die Resultate einer solchen Behandlung sollen sich nicht blos an der Mutter äussern sondern kommen sozusagen in prophylaktischer Beziehung auch dem Kinde zu Gute. Nach den Untersuchungen des Dr. Pégot-Ogier wird Folgendes durch rechtzeitige Darreichung von phosphorsaurem Kalk erreicht.

1) Die Schwangeren werden von einer grossen Zahl ihrer Beschwerden befreit.

2) Milch, die arm an phosphorsauren Salzen war, erhält ihre normale Beschaffenheit und Nährkraft wieder.

3) Die Kinder so behandelter Mütter entwickeln sich besser. Krankheiten der Lymphdrüsen sowie verschiedene pathologische Zustände, die mit der Entwickelung des Knochensystems zusammenhängen, sind bei ihnen nicht zu fürchten, Wachsthum und Dentition gehen leichter vor sich.

Verf. räth auch bei Caries, Necrose, Malum Potti etc. dasselbe Präparat zu geben. —s.

S. Karst: Die Tuberkelbacillen im Sputum in ihrer Beziehung zum Verlauf und Charakter der Lungenleiden. (Wratsch № 4).

N. Ljubimow (Kasan): Ueber die Koch'schen Tuberkelbacillen. (Dnewnik Kasansk. Obschtschestwa №№ 17, 20, 21 und 24. 1883).

S. Senkewitsch: Vereinfachte Methode zur Auffindung von Tuberkelbacillen. (Mediz. Obosrenije. Febr. 1883).

J. Popow (Nikolajew): Tuberkelbacillen und ihr Verhalten gegenüber der Einwirkung von Dämpfen schwefliger Säure. (Med. Beilagen z. Marine-Journ. Febr. 1884).

Seine Beobachtungen hat K. theils im Marine-Kalinkinhospital, theils in der Privatpraxis ausgeführt. In 36 Fällen von Lungenschwindsucht (161 Mal untersucht) wurden jedes Mal Tuberkelbacillen im Sputum gefunden. Ferner untersuchte K. die Sputa bei croupöser Pneumonie (4 Fälle), Emphysem (8 Mal), Bronchitis (7 Mal), chronischer Bronchitis (28 Mal), Pleuritis (2 Mal) und Pleuropneumonie (9 Mal) und in keinem dieser Fälle liessen sich Tuberkelbacillen nachweisen.

Im Allgemeinen bestätigt Vf. die Beobachtungen der anderen Autoren. Bei chronisch verlaufenden Fällen fand er wenig Bacillen, zuweilen mehrere Tage lang gar keine, dann traten sie wieder auf. Stärkere Schwankungen des Fiebers übten keinen Einfluss auf die Quantität der Bacillen. In 4 Fällen, wo kein ausgesprochenes Fieber vorhanden war, fand Vf. recht reichlich Bacillen. Sobald sich Cavernen bilden und das Lungengewebe ulcerirt, steigt die Anzahl der Bacillen in den Sputis bedeutend.

Ljubimow, der in seiner Arbeit eine hübsche kurze historische Uebersicht, sowie eine Beschreibung der verschiedenen Methoden giebt, kommt zu folgenden Schlüssen:

Bei gesunden Menschen fand er *nie* die Koch'schen Bacillen im Sputum, desgleichen auch *nicht* bei croupöser Pneumonie (3 Fälle) und Emphysem (2 Fälle), dagegen stets bei den als Phthisis pulmonum resp. Tuberculosis bezeichneten (6 Fälle) und bei Pneumonia caseosa. L. hat seine Präparate theils mit Gentiana-Violet, theils mit Fuchsin gefärbt.

Senkewitsch giebt folgende Methode zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen an: Nachdem die zu untersuchende Masse (Sputa oder Caverneninhalt) zwischen 2 Deckgläschen verrieben und ausgetrocknet, erwärmt er über einer Spiritusflamme das Deckgläschen von der Rückseite, bis das Sputum leicht bräunlich gefärbt wird, darauf Abspülung in Wasser und Uebertragung in concentrirte Fuchsinlösung (F. gelöst in einer Lösung von 2 Ccm. Anilin: 50 Ccm. Wasser, die vorher noch filtrirt wird). Wenn das Sputum sich genügend gefärbt, wird das Präparat, nachdem es mit Wasser abgewaschen, auf 1—2 Minuten in Spiritus gebracht, welchem auf je 10 Ccm. 1 Tropfen Acid. nitric. pur. zugefügt worden. Nachdem das Präparat sich entfärbt, wird es wiederum mit Wasser abgespült, unter der Glasglocke getrocknet, über der Lampe erwärmt und in Canadabalsam eingeschlossen.

[Die Methode der Färbung mit nur einem Färbemittel ist auch von Lichtheim und Giacomi vorgeschlagen, Friedländer spricht sich jedoch gegen dieselben aus].

J. Popow hat nun mit der ebenbeschriebenen Methode eine Reihe von Untersuchungen unternommen, auf Grund welcher er folgende Ansichten ausspricht:

1) Die Tuberkelbacillen erschienen unter dem Mikroskop (Hartnack Linse 9, Ocular 3) als scharf contourirte, glänzende Stäbchen, wenn die Sputaschicht genügend dünn. Ist Letztere dicker oder die Abwaschung nicht genau gemacht, so sind sie trübe und weniger deutlich contourirt.

2) Die mittlere Länge beträgt 0,006 ''', die Dicke 0,001 ''', ist jedoch verschieden je nach dem Alter; je entwickelter sie sind, desto grösser erscheinen sie.

3) Man findet die Tuberkelbacillen leicht im Sputum, im Blut und im Eiter.

4) Die charakteristischen Stäbchen findet man nur bei Tuberculose und bei caseösen Processen. Die Menge der Bacillen scheint

der Dauer und dem Grade der Entwicklung des Processes zu entsprechen.

Ferner machte P. Versuche zur Zerstörung der Tuberkelbacillen. Wenn er Sputum auf einem Deckgläschen der Einwirkung von Dämpfen schwefliger Säure c. 1 Stunde lang aussetzte, erschienen die Bacillen 2—3 Mal kleiner und etwas dicker geworden. Auf diese Versuche hin, hat P. Patienten, bei denen er Tuberkelbacillen nachgewiesen, Inhalationen von Dämpfen schwefliger Säure verordnet. Schon nach 1 Woche fand man die Bacillen dünner und «blasser» (?), nach 3—4 Wochen waren sie völlig verschwunden. (Leider giebt P. weder eine genaue Beschreibung der therapeutischen Methode noch die Zahl der so behandelten Patienten. Ref.)

P.

E. v. Bergmann: Die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium. (Rede gehalten zur Feier des Stiftungstages der Militärärztlichen Bildungsanstalten. 2. Aug. 1883. A. Hirschwald. — Berlin).

Von competenter Seite werden wir in einer äusserst interessanten Abhandlung davon überzeugt, dass das ärztliche Handeln, wie in manchen anderen ernsten Fragen, auch in Betreff der Transfusion dem ärztlichen Wissen vorausgeeilt ist. v. Bergmann weist auf die Täuschung hin, der man sich bei der Erklärung der Todesursache nach Blutverlusten hingegeben, indem man den Tod auf den Mangel der rothen Blutkörperchen, der Sauerstoffträger zurückgeführt hat, während das Experiment bewiesen, dass das Thier in einem Zeitpuncte stirbt, wo es noch eine genügende Menge Blut zum Leben hat, und der Tod nur durch Erschlaffung des Gefässrohres und dadurch bedingte Circulationsstörung erklärt werden kann. Die Transfusionen, die als heilbringend bekannt geworden, haben eben auch nur in dem Sinne wirken können, dass sie eine einfache Füllung des Gefässrohres und dadurch Wiederherstellung des Blutkreislaufes hervorgerufen haben. Dieses Heilverfahrens darf man sich aber nicht mehr bedienen, seitdem durch die Arbeiten von Schmidt und Köhler bekannt geworden, dass durch Bluttransfusionen die rothen und weissen Blutkörperchen durch das sich bildende Fibrinferment aufgelöst werden. Es erhält der Patient bei der Transfusion nicht ein Plus an Blut, sondern es wird ihm das noch spärlich vorhandene Blut zerstört und geraubt und ist daher die Bluttransfusion durchaus zu verwerfen. Zur Herstellung des Tonus in den erschlafften Gefässwandungen nach grösseren Blutverlusten lassen sich andere weniger differente Mittel als das Blut, wie z. B. das Kochsalzinfus anwenden, — was ja auch schon vielfach mit gutem Erfolge geschehen ist.

D.

Fort (Rio Janeiro): Diabetes nach Chloroformirung. (Gaz. des Hôp. 1883 № 148).

Im October 1882 operirte F. bei einem 20-jährigen jungen Manne in der Chloroformnarcose eine Urethralstrictur mit dem Galvanocauter. An demselben Tage bereits traten Anzeichen von Polyurie auf. Nach einigen Tagen steigt die Harnmenge auf 8 Lit. Der Harn, der vor der Operation untersucht, keinerlei anomale Beimengungen enthielt, ist jetzt stark zuckerhaltig. Der Kranke magert rapid ab und stirbt im April 1883.

—s.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. Morosow (Charkow): Cursus der Feld-Chirurgie. Lieferung I. (pag. 1—92). Charkow. 1883.

Wir freuen uns stets, wenn unsere Collegen in Russland, statt sich aufs Uebersetzen aus anderen Sprachen zu beschränken, sich daran machen, selbständige Handbücher in russischer Sprache zu schreiben, denn wir besitzen solcher bisher nur wenige. Specielle Handbücher der Kriegschirurgie existiren überhaupt in geringer Zahl und ist gerade eins der besten von unserem unvergesslichen Pirogow geschrieben.

Das vorliegende Handbuch verspricht viel, denn Vf. hat sich nicht nur auf literärische Studien beschränkt, sondern mehrere Jahre hindurch eine grosse Reihe von Versuchen über die Wirkung der verschiedensten Schusswaffen angestellt und den Krieg 1877/1878 dazu benutzt, auf dem Kriegsschauplatze in Bulgarien seine Kenntnisse zu vervollkommnen.

Der Plan ist weit angelegt, denn das Werk soll in folgende Abtheilungen zerfallen:

I. Die im Kriege gebräuchlichen Waffen und Geschosse und deren Wirkung auf die Gewebe des menschlichen Körpers.
II. Allgemeine Charakteristik der Schussverletzungen im Kriege.
III. Die Schussverletzungen der einzelnen Gewebe, Haut, Unterhautzellgewebe, Fascien, Sehnen, Bänder, Muskeln, Knochen, Gelenke, Gefässe und Nerven.
IV. Die Schussverletzungen der verschiedenen Körperregionen.
V. Allgemeine Charakteristik der durch kalte Waffen verursachten Wunden und ihr Verhalten je nach den Körperregionen.
VI. Störungen und Complicationen des Verlaufes der Kriegsverletzungen.
VII. Therapie der Schussverletzungen (auf dem Verbandplatze und in Hospitälern).
VIII. Verwundeten-Transport und Evacuation.
IX. Sanitätseinrichtungen und Sanitätspersonal im Kriege.
X. Allgemeine statistische Schlüsse und die Grundlagen kriegschirurgischer Statistik.
XI. Die kriegschirurgischen Operationen.

Wir sehen also, der Plan umfasst Alles für die Kriegschirurgen Wissenswerthe.

Die 1. Lieferung umfasst 3 Capitel des I. Theiles, welchem Vf. die Nomenclatur der Kriegsverletzungen, die Geschosse und Explosivstoffe als Theilnehmer an den Verletzungen bespricht. Vom 4. Capitel (Handfeuerwaffen und ihre Geschosse) enthält die Lieferung nur 3 Seiten. Wir kommen immer wieder darauf zurück, dass Lieferungen stets mit dem Abschluss eines Capitels endigen sollten. Um so mehr, wenn wie bei dem vorliegenden Werke, der Schluss der ganzen Arbeit erst in 2 Jahren versprochen wird, also vielleicht noch viel später erscheint. Wir wünschen dem Vf. Glück zu seiner unternommenen Arbeit und werden das Erscheinen desselben mit Interesse verfolgen. Mögen nur die einzelnen Lieferungen nicht zu lange auf sich warten lassen.

P.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Luxationen und Fracturen. Collegiencursus von Bobrow. — I. Lief. Luxationen. — A. Lang, Moskau 1884. (russ.)

— Vollständige Heilung der Syphilis ohne Quecksilber (Englische Methode) von Tartenson. Aus dem Franz. ins Russ. übersetzt von Levenson. — St. Petersburg 1884.

— Reichenhall, sein Klima und seine Heilmittel von Liebig. — Mit 1. Kart. V. Aufl. — Reichenhall 1883.

— Ueber einige Erscheinungen des sog. thierischen Magnetismus (Hypnotismus) von Spiro. — Mit Zeichnungen. — Odessa 1883. (russ.)

— Einige Fragen bezüglich des ferneren Schicksals der Abastumanschen Quellen und Abastumans von Babajew. — Tiflis 1883. (Abd. a. d. Sitz.-Prot. d. Kauk. med. Gesell.) (russ.)

— Anleitung zur Bestimmung der Sehschärfe von Tichomirow. — Mit 2 Buchstaben- und Zeichentafeln. — St. Petersburg 1884. (russ.)

— Ueber Pharynxmykosis leptothricia von Hering. (Vorgetrag. in d. 56. Versamml. deut. Naturforsch. und Aerzte in Freiburg i./B.) — Mit 1 Tafel. — Berlin 1884. (Sep.-Abd. aus der «Zeitschr. f. klin. Medic.» Bd. 7, H. 4).

— Der Kampf mit der Nahrung von G. Tornier. — W. Issleib, Berlin 1884.

— Bericht über die 10-jährige Thätigkeit der Kiewschen Naturforschergesellschaft (1869—1878) von N. W. Bobrezki. (russ.)

— Die Medicin, die Aerzte und die Patienten von Dr. G. C. Lang. — Fr. Rothermel, Schaffhausen 1883.

— Klinische Beobachtungen aus der II. med. Klinik v. Ziemssen's von Fr. R. Stinzing. — J. A. Finsterlin. München 1884.

— Die Krankheiten des Ohres von Dr. A. Hartmann. Mit 37 Holzschnit. II. Aufl. — Th. Fischer. Berlin 1884.

— Bericht über meine chirurgische Thätigkeit im Hospitale für 1880—1883. I. Von Dr. A. D. Knie. — Moskau 1884. (russ.)

— Protokolle und Arbeiten der russ. chirurg. Gesellschaft Pirogow's für 1882 und 1883. (russ.)

— Der vermeintliche Nutzen und der wirkliche Schaden des Impfens von Brasol. — St. Petersburg 1884. (russ.)

— Fragments de chirurgie antiseptique par Boeckel. — Baillière & C., Paris 1882.

— Zur Casuistik des Icterus bei Neugeborenen von Raudnitz (Sep.-Abd. aus der «Prager med. Wochenschrift». 1884, № 11).

— Fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe, consécutive à une chute sur le menton par Dr. P. Snyers. — Liége 1884.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 3. Januar 1884.

Dr. Dombrowski berichtet ausführlich über eine von ihm im Peter-Paulshospital wegen Fibromyomen des Uterus ausgeführte Hysterolaparotomie und zeigt das zugehörige Präparat vor. Die geheilte Patientin wird dem Verein vorgestellt. (Die Mittheilung ist zum Druck bestimmt).

Dr. Wulff bemerkt bezüglich der Matrazennaht, welche Dombrowski beim Stumpf angewandt, dass ihr Hauptzweck sei, genauen Flächencontact zu bewirken, nicht aber die Blutstillung zu besorgen. Zu letzterer eigene sich die doppelt angelegte elastische Ligatur, wie sie zuerst von Kleberg vorgeschlagen, vorzüglich.

Dr. Dombrowski entgegnet, die Matrazennaht leiste dasselbe wie Umstechung, die elastische Schlinge könne abgleiten.

Dr. Bidder meint, es hätte auch im vorliegenden Falle die elastische Schlinge sehr gut temporär angelegt werden können. Er giebt jedoch zu, dass die von D. angewandten Klemmpincetten gute Dienste leisten.

Dr. v. Grünewaldt macht darauf aufmerksam, dass die elastische Ligatur viel weniger Raum beanspruche, wie die Pincetten. Bezüglich der Blutstillung gäbe er der Etagennaht (Schröder) vor der Matrazennaht den Vorzug, letztere lasse sich allerdings leichter anlegen. Im vorliegenden Falle sei die Gefahr einer Nachblutung gering gewesen, da es gelungen die Artt. uterinae isolirt zu unterbinden.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Nekrolog.

— Am 23. März (4. April) starb in Wiesbaden der K. Hofbuchhändler Carl Röttger, im Alter von 53 Jahren.

Derselbe, von Geburt Rheinländer, war viele Jahre hindurch bis zu seiner schweren Erkrankung im Anfang des vorigen Jahres Inhaber der Schmitzdorff'schen Buchhandlung und als solcher auch Verleger der deutschen medicinischen Zeitschriften unserer Residenz. Als im Jahre 1859 der Verein St. Petersburger Aerzte in Verbindung mit dem Deutschen ärztlichen Verein ein eigenes Organ die «St. Petersburger med. Zeitschrift» gründete, nahm sich Röttger mit Eifer der Sache an und scheute keine Opfer um das Unternehmen zu halten bis es mit dem Jahrgang 1875 laut Beschluss der Vereine aufgegeben wurde. Unmittelbar darauf und gewissermaassen als Rechtsnachfolgerin der vorigen trat 1876 diese Wochenschrift ins Leben und wiederum war es Röttger, welcher dem Herausgeber Dr. E. Moritz die günstigsten Anerbietungen machte, so dass auch die «St. Petersburger med. Wochenschrift» bis in den 8. Jahrgang hinein in seinem Verlage erschien.

Röttger war ein Mann von sehr vielseitiger Bildung und voll regsten Strebens, dabei eine sympathische Persönlichkeit, die sich viele und einflussreiche Freunde zu gewinnen verstand. Obgleich praktischer Geschäftsmann, ging doch ein idealistischer Zug durch alle seine Unternehmungen, denen er sich meist mit grosser Wärme und bedeutender geistiger Arbeitskraft hingab. Doch das aufreibende Petersburger Leben und eine überwältigende Arbeitslast wurden seiner nicht sehr kräftigen Gesundheit zuletzt verderblich. Schon seit etwa 4 Jahren begann er zu kränkeln, konnte immer weniger den Anforderungen seiner vielseitigen Geschäfte nachkommen und im März des vorigen Jahres begann jene Spitzenpneumonie, die sich sehr bald als tuberculös declarirte und ihn nöthigte Alles aufzugeben, um ein milderes Klima aufzusuchen. Es hat ihn nicht gerettet!

Friede seiner Asche! M.

Vermischtes.

— Die *Feier des 25-jährigen Bestehens des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.*

Am 23. März, dem Tage, an welchem der Verein vor 25 Jahren seine *erste Sitzung* abgehalten, versammelte sich gegen 5 Uhr im grossen Saale der Petrischule eine ansehnliche Gesellschaft hiesiger Aerzte zur Festsitzung. Nachdem der aus den Herren v. Grünewaldt, Moritz, Magawly und Petersen bestehende Ausschuss am festlich geschmückten Tische Platz genommen, wurde um 5¼ die Sitzung eröffnet, worauf der seit 19 Jahren das Präsidium führende Dr. v. Grünewaldt in einer längeren Festrede, (s. oben), über *die Entwickelung der Gynäkologie und Geburtshülfe während der letzten 25 Jahre* sprach, wobei er darauf hinwies, wie der Verein während seines ersten Vierteljahrhunderts stets bemüht gewesen, auf der Höhe der Wissenschaft zu stehen und an der Entwickelung derselben mitzuarbeiten. Nach dieser mit allgemeinem Beifall aufgenommen Rede begannen die erschienenen *Deputationen* ihre Glückwünsche darzubringen und waren folgende Körperschaften durch Adressen vertreten.

1) Die „deutsche ärztliche Gesellschaft", in deren Namen Leibmedicus Dr. Karell in schlichten, warmen Worten herzliche Glückwünsche aussprach.

2) „Общество русскихъ врачей", (Gesellschaft russ. Aerzte), dessen Adresse Dr. Kuprianow überreichte.

3) Die „hiesigen Hospitäler" in deren Vertretung Dr. Herrmann, Dr. Lingen und Dr. Lapuschinski erschienen waren.

4) Die „pharmaceutische Gesellschaft", vertreten durch Herrn Mag. Martenson.

5) Die „Gesellschaft der Marineärzte zu St. Petersburg" vertreten durch Dr. Schröder.

6) Die „Petersburger med. Gesellschaft", in deren Namen Dr. J. Bertenson eine reich geschmückte Adresse überreichte.

7) Die „Pirogow'sche chirurgische Gesellschaft", durch Dr. Karpinski vertreten.

8) Der „Docenten-Verein der militär-medicinischen Academie", im Namen der Deputation sprach Dr. Anrep.

9) Die „Общество практическихъ врачей" (Gesellschaft praktischer Aerzte), vertreten durch Dr. Karpinski.

Jeder Deputation, deren Reden theils in deutscher, theils in russischer Sprache gehalten wurden, antwortete Dr. v. Grünewaldt in derselben Weise und überreichte jeder Deputation die soeben erschienene von den DDr. Hinze und Petersen verfasste *Geschichte des Vereins.*

Hierauf wurde noch eine Reihe von Telegrammen verlesen und zwar von verschiedenen auswärtigen Gliedern des Vereins, vom Verein der Marineärzte in Kronstadt, Prof. Wahl in Dorpat, vom Redacteur des „Wratsch", Prof. Manassein etc. etc.

Um 7 Uhr Abends versammelte sich eine aus c. 80 Personen, vorherrschend Mitglieder des Vereins, bestehende Gesellschaft zum Festmahl im Hôtel Angleterre. Die Reihe der Toaste eröffnete der unermüdliche Präses Dr. v. Grünewaldt mit einer längeren, schwungvollen Rede, die mit einem Hoch auf S. M. den Kaiser Alexander III. endete. Hieran schloss sich eine theils ernst, theils launig gehaltene Rede des Dr. Massmann, in welcher er den Ausschuss leben liess. Nun folgte eine Reihe, meist humoristisch gehaltener Reden. Mit grossem Beifall wurde ein von Dr. Ebermann in russischer Sprache in Knüttelversen verfasstes *Epos* «die Entstehung, die Kindheit und Jugend des Vereins» aufgenommen, welches gedruckt unter den Anwesenden zur Vertheilung gelangte. Dr. Petersen verlas eine humoristische Zusammenstellung der «*Druckfehler aus der Geschichte des Vereins.*» In ernsten Worten gedachte Dr. Magawly der dahingeschiedenen Mitglieder. So wechselten Ernst und Humor und ein vorzügliches Männerquartett zeigte, dass der Verein nicht nur auf dem Gebiete der Wissenschaft, sondern auch auf dem der Musen wohlbekannt.

Der ganze Verlauf des Festes war ein äussert animirter, harmonischer und wird allen Theilnehmern in angenehmer Erinnerung bleiben, als ein erfreuliches Zeichen collegialen Einvernehmens unter den hiesigen Aerzten. Zu erwähnen wäre noch, dass Dank den administrativen Talenten des Dr. Luppian, der die Ausrichtung überwachte, die Organisation des Festessens eine vorzügliche war.

— Am 27. März verschied hieselbst an einer Pneumonie der Arzt beim Finanzministerium, w. Staatsr. Dr. Adolph Goedechen im Alter von 79 J. G. war in Dorpat (1805) geboren, wo er auch seine Schulbildung erhielt und darauf von 1823—1828 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Doctorexamens wurde er Marinearzt und machte als solcher auf der Fregate «Lowitsch» den Türkenkrieg mit. Später trat er in den Civildienst und war längere Zeit Professor und Director des Hebammeninstituts in St. Petersburg. Seit 1848 fungirte er als Arzt bei der Canzellei des Finanzministeriums.

— Am 23. März c. verstarb in Moskau der verdienstvolle Gründer und langjährige Präsident der dortigen «Gesellschaft von Freunden der Naturwissenschaften, Anthropologie und Ethnographie», Prof. emer. der Moskauer Universität Dr. med. Gregor Schtschurowski im 82. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine Schulbildung in der classischen Abtheilung des Moskauer Findelhauses erhalten, und widmete sich darauf dem Studium der Medicin. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1826 und einige Jahre später des Doctorgrades trat er in den Dienst als Arzt am Findelhause. Im Jahre 1832 wurde er Docent der Naturwissenschaften in der medicinischen Facultät in Moskau und 3 Jahre später Professor der Mineralogie an der Moskauer Universität. Im Jahre 1878 beging Sch. sein 50-jähriges Jubiläum. Die bei dieser Gelegenheit herausgegebenen wissenschaftlichen Abhandlungen, Vorträge u. s. w. Schtschurowski's bilden einen stattlichen Band.

— *Verstorben*: In St. Petersburg der Arzt Wengerow, welcher soeben seinen Cursus an der militär-medicinischen Academie absolvirt hatte; in Moskau Dr. Michailow; in Omsk Dr. N. Ssokolow an Phthisis.

— In Riga verstarb vor Kurzem an der Lungenschwindsucht der Militärarzt Dr. M. Iwanow. Von dem Dahingeschiedenen sind mehrere beachtenswerthe Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie veröffentlicht worden, unter Anderen. «Ueber Anwendung des Ozon in der Chirurgie» und «die Glas-Drainage.» (Russ. Med.)

— In Urjupino (im Gebiet der donischen Kosaken) ist der junge Arzt P. Popow an der Schwindsucht gestorben. Er hat seine junge Frau mit einem Brustkinde ohne alle Existenzmittel hinterlassen.

— Zum Professor-Adjunct für den vacanten Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Academie ist der Privatdocent Dr. A. Lebedew gewählt worden.

— Dr. Eck, welcher von der russischen Regierung zur Erforschung der Cholera nach Egypten abdelegirt war, ist bereits hierher zurückgekehrt.

— Als interimistischer Redacteur der «Sdorowje» zeichnet nach dem Rücktritt des Prof. Dobroslawin der Herausgeber dieser Zeitschrift, Buchhändler Zylow.

— An Stelle des verstorbenen Dr. Toropow ist Dr. Holm zum Oberarzt der Heilanstalt der unter dem Protectorat der Grossfürstin Katharina Michailowna stehenden Gemeinschaft zur Kreuzeserhöhung ernannt worden.

— Die von der St. Petersburger Medicinischen Gesellschaft für das Jahr 1884 gestellte Aufgabe *zur Bewerbung um den auf den Namen des Professors N. W. Sklifossowski gestifteten Preis* lautet: «Mechanismus und Behandlung der Knochen-Fracturen der Extremitäten vom Gesichtspuncte der gegenwärtigen Chirurgie.» Die Bewerbungsbedingungen sind folgende: 1) Ein Recht zur Bewerbung um den Preis haben sowohl die Glieder der Gesellschaft als auch andere Aerzte, welche den Cursus auf einer der Universitäten des Russischen Reiches oder in der militär-medicinischen Academie absolvirt haben. 2) Manuscripte oder Correctur-Bogen sind vor ihrem Erscheinen in russischer

Sprache auf den Namen des Präsidenten der Gesellschaft bis z. 1. Dec. 1884 einzureichen. 3) Die Abhandlung kann ohne Angabe des Namens des Verfassers, muss aber mit einer Devise versehen sein; diese Devise muss mit der Unterschrift des Verfassers in einem besonderen versiegelten Couvert eingereicht werden. 4) Das auf eine sorgfältige Prüfung der vorgestellten Arbeiten und eine wissenschaftliche kritische Beurtheilung seitens einer besonders erwählten Commission gegründete Votum der Gesellschaft wird in der Jahresversammlung, entsprechend dem § 4 des Ustaws, auf Grundlage der Meinung der Commission gefällt, wobei die Glieder der Commission als Bewerber um den Preis nicht auftreten können. 5) Die Preise der Gesellschaft können entsprechend dem § 5 des Ustaws entweder in Geld oder in goldenen Medaillen, welche Allerchöchst am 2. December 1883 bestätigt worden sind, bestehen. 6) Den Namen des Verfassers der preisgekrönten Arbeit bringt die Gesellschaft zur allgemeinen Kenntniss.

Congress für innere Medicin.

I.

In dem Verein für innere Medicin in Berlin, aus dessen Initiative bekanntlich die Schöpfung des Congresses für innere Medicin hervorgegangen ist, dessen erste beiden Sitzungen schon im In- und Auslande eine verdiente Würdigung gefunden haben, beschäftigt man sich um so lebhafter schon jetzt mit den Vorbereitungen zu dem Empfang des letzteren, als ja gleichzeitig das Jubiläum des ersten Vorsitzenden des Vereins, Geheimrath Prof. Dr. v. Frerichs, gefeiert wird.

Unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrath Leyden trat am 13. d. M. eine vorbereitende Commission zusammen, die sich aus Mitgliedern des Congresses und des Vereins für innere Medicin zusammensetzte. Anwesend waren u. A. die Professoren Fraentzel und Senator, Abgeordneter Thilenius, die Redacteure der Deutschen medicinischen und der Berliner klinischen Wochenschrift, Director Dr. Riess, Sanitätsrath Dr. Orthmann, Dr. A. Fraenkel, Sanitätsrath Dr. Beuster, Dr. S. Guttmann.

Für die wissenschaftlichen Sitzungen, welche Vor- und Nachmittags stattfinden werden, war Seitens der städtischen Behörden der kleinere Oberlichtsaal des Rathhauses in liberalster Weise zur Verfügung gestellt; da derselbe aber keine gute Acustik besitzt und zu wenig Raum darbietet, so ist der grosse Saal des Architektenhauses gewählt worden. In letzterem wird ein Auskunftsbureau installirt, in welchem stets Delegirte anwesend sind, um die Mitglieder und vor Allem die Gäste nach jeder Richtung hin zu orientiren. Um letzteren die Auswahl der Wohnungen zu erleichtern, ist eine Commission, bestehend aus den Herren Leyden, Boerner und S. Guttmann, gebildet worden, während die Herren Beuster und Thilenius es übernommen haben, Sorge zu tragen, dass den Mitgliedern des Congresses Plätze in den königlichen Theatern und dem Deutschen Theater reservirt werden.

Dem ständigen Secretair des Congresses, Herrn Dr. Emil Pfeiffer (Wiesbaden), ist für die Zeit des Congresses Herr Prof. Senator als zweiter Schriftführer zugesellt. Im Anschluss daran ist, um der Presse jederzeit authentische Informationen zugehen lassen zu können, eine Press-Commission gebildet worden, der ausser den beiden Schriftführern die Herren Boerner und S. Guttmann angehören.

In Aussicht genommen ist die Besichtigung von Krankenanstalten, die ein allgemeines Interesse darbieten, (die Universitätskliniken in der Ziegelstrasse und Artilleriestrasse, die städtischen Krankenhäuser im Friedrichshain und in Moabit) sowie der Besuch der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, des Central-Viehhofes und seiner Schlachthäuser und der Rieselfelder bei Osdorf. Man darf, wie bei der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, auch diesmal auf die Bereitwilligkeit der Herren Dirigenten wie der städtischen Behörden rechnen, und hat Herr Boerner den Auftrag erhalten, in dieser Beziehung alle erforderlichen Schritte zu thun.

Am Abend des 20. April findet die Begrüssung der Gäste statt, während am 23. April das Diner zu Ehren des Congress-Präsidenten v. Frerichs in Aussicht genommen ist. Neben den Mitgliedern und Theilnehmern des Congresses werden für Aerzte, welche zu keiner dieser Kategorien gehören, den Sitzungen aber als Zuhörer beiwohnen wollen, die nöthigen Plätze stets zur Disposition gestellt werden. Es ist dringend wünschenswerth, dass gerade die Berliner Collegen sich recht zahlreich einfinden.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage: „Ueber die genuine Pneumonie" (Aetiologie, Pathologie, Klinik, Therapie). Referent: Herr Jürgensen (Tübingen); Correferent: Herr Alb. Fraenkel (Berlin).

Am zweiten Sitzungstage: „Ueber Poliomyelitis und Neuritis". Referent: Herr Leyden (Berlin); Correferent: Herr Schultze (Heidelberg).

Am dritten Sitzungstage: „Ueber nervöse Dyspepsie". Referent: Herr Leube (Erlangen); Correferent: Herr Ewald (Berlin).

Ausserdem sind folgende Vorträge angemeldet:

Herr Hermann Weber (London): Ueber Schulhygiene in England, besonders mit Rücksicht auf ansteckende Krankheiten. Herr Rosenthal (Erlangen): Ueber Reflexe. Herr Goltz (Strassburg): Ueber die Localisationen der Functionen des Grosshirnes. Herr Pfeiffer (Weimar): Ueber Vaccination. Herr Seegen (Carlsbad): Ueber Diabetes. Herr Rossbach (Jena): Bericht über die Commission zur Behandlung der Infectionskrankheiten. Derselbe: Ueber eine neue Heilwirkung des Naphthalin.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 25. März 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3130	1821	4951
Kinderhospitäler	157	181	338
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	295	136	431
Scharlach	23	27	50
Pocken	2	7	9
Venerische Krankheiten	525	403	928

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 18. bis 24. März 1884 besucht von 2906 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1266.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 18. bis 24. März 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
402	345	747	130	62	150	25	16	18	99	61	55	48	37	27	18	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 26, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 5, Masern 52, Scharlach 13, Diphtherie 19, Croup 2, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 2, Thiergift 2, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 38, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 22, acute Entzündung der Athmungsorgane 93, Lungenschwindsucht 128, andere Krankheiten der Brusthöhle 23, Gastro-intestinal-Krankheiten 108, andere Krankheiten der Bauchhöhle 25, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 26, Cachexia 36.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 13.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	2—8 März	181 732	84	5	24,0	5,9	31,1
Kopenhagen. .	5—11 März	267 000	114	11	22,2	9,6	40,8
Berlin	9—15 März	1 225 065	917	97	23,4	10,5	38,9
Wien	9—15 März	759 849	442	35	30,2	7,9	39,6
Brüssel . . .	2—8 März	171 293	77	6	23,4	7,8	34,3
Paris	7—13 März	2 239 928	1193	163	27,7	13,7	32,0
London . . .	9—15 März	4 019 361	1660	270	21,6	16,2	35,9
St. Petersburg	16—22 März.	928 016	759	116	42,5	12,6	34,4

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1884.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 5. April 1884.

Die halbjährlichen Pensionen aus der Marien-Casse für Wittwen und Waisen der Aerzte, werden ausgezahlt in der Wohnung des beständigen Curators der Casse Dr. A. Sagorsky, Kirotschnaja № 8 Wohnung № 62 — täglich, vom 1. bis 7. April von 11 Uhr Morg. bis 1 Uhr Nachm.

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den **Central-Annoncen-Expeditionen** in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Neu erschienen:

Die Fettleibigkeit
und ihre Behandlung

von Prof. **Dr. W. Ebstein,**
Director der medicinischen Klinik in Göttingen.

Sechste Auflage.

Preis Mk. 2, geb. Mk. 2,50.

Binnen Jahresfrist in sechs starken Auflagen verbreitet, empfiehlt diese Schrift eine Behandlungsmethode der Fettleibigkeit, welche den **Anforderungen an eine gesundheitsmässige Lebensweise durchaus entspricht und vom besten Erfolge begleitet ist.**

J. F. Bergmann, Verlagshandlung.
Wiesbaden.

BAD ELSTER
im Königlich Sächsischen Voigtlande.

Eisenbahnstation zwischen Reichenbach in Sachsen und Eger in Böhmen.

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Für die vom 1. September an Eintreffenden halbe Curtaxe.

(1883 Frequenz: 5462 Personen mit Einschluss der Passanten.)

Elster besitzt *an Kohlensäure reiche, alcalisch-salinische Stahlquellen,* die zu Trink- und Badecuren dienen; *1 Glaubersalzsäuerling* (die Salzquelle); Lager von vortrefflichem salinischen Eisenmoor. Die Mineralwasserbäder werden, je nach Verlangen, mit oder ohne Dampfheizung bereitet. Molken täglich frisch.

Erfolgreiche Anwendung finden die Elsterer *Eisenquellen* und *Moorbäder* gegen *verschiedene Zustände* von *Blutarmuth,* wie nach schweren Geburten, Aborten, starken Verwundungen, bei Hämorrhoidalblutungen, nach überstandenen schweren acuten und chronischen Krankheiten u. s. w., bei Bleichsucht mit Neigung zu Recidiven; gegen Krankheiten des Nervensystems, als krankhafte Reizbarkeit desselben, Nervenschwäche, Hysterie, Neuralgien, Erschöpfungsparalysen, beginnenden Tabes dorsalis und gegen gewisse *Krankheiten der weiblichen Sexualorgane,* als Menstruationsmangel, zu reichliche und schmerzhafte Menstruation, Catarrh der Gebärmutter, Sterilität p. p.

Die *Elsterer Salzquelle* (Glaubersalzsäuerling) nur zu Trinkcuren benutzt, bewährt sich bei *Blutstockungen* im *Unterleibe,* sogenannter Abdominalplethora, besonders, wenn ein gewisser Grad von Blutarmuth nebenbei besteht, bei chronischen *Magen- und Dickdarmcatarrhen,* bei *habitueller Stuhlverstopfung, chronischer Blutüberfüllung* der *Leber* und *Gebärmutter* mit reichlicher Menstruation, bei *chronischem Bronchialcatarrh* und *chronischer Gicht.*

Die Curmittel von Elster werden mit bestem Erfolg vielfach auch zu Nachcuren nach dem Gebrauche anderer Bäder verwendet.

Die *ausserordentlich gesunde,* vor rauhen Ostwinden geschützte Lage des Ortes in lieblicher Waldgegend bei einer Seehöhe von 473 Meter empfiehlt aber Elster auch als klimatischen *Curort* für *blutarme Kranke* und *Nervenleidende,* sowie für *Solche, welche durch geistige Ueberanstrengung erschöpft sind.*

Zur weiteren Orientirung über die therapeutischen Verhältnisse wird auf die Officialschrift: Bad Elster von Dr. R. Flechsig, 2. Auflage, Leipzig im Verlag von J. J. Weber 1875 verwiesen.

Der *Mineralwasserversand* erfolgt durch den *Brunnenpächter Robert Blankmeister,* der *Moorerdeversand* durch die *königliche Bade-Direction.* 51 (2)

Bad Elster 1884

Der Königliche Badedirector:
Otho.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von
Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Toldt, Lehrbuch der Gewebelehre. Mit 195 Abbildungen, 2. Auflage, 1884, 8 Rbl. 40 Kop.

Koch, Encyclopädie der gesammten Thierheilkunde und Thierzucht, I. Bd. 1. Lief. 1884, 1 Rbl. 10 Kop. (Vollständig in circa 28 Lief. à 1 Rbl. 10 Kop).

Waldeyer, Atlas der menschlichen und thierischen Haare sowie der ähnlichen Fasergebilde. Mit 12 Lichtdruck-Tafeln. 1884, 7 Rbl. 20 Kop.

Mitchell, Fat and blood: an essay of the treatment of certain forms of neurasthenia and hysteria. 3 ed. 1884, 2 Rbl. 70 Kop.

Hamilton, A manual of medical jurisprudence, with special reference to diseases and injuries of the nervous system. 1884, 9 Rbl.

Millican, The Evolution of morbid germs. 1884. 2 Rbl. 30 Kop.

Das elektrische Licht in seiner Anwendung auf die Kriegsheilkunde. 1884, 60 Kop.

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

9 (13)

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

Saison-Blatt russischer Curorte.
(Сезонный Листокъ русскихъ минеральныхъ водъ)

redigirt von **F. Weber** in St. Petersburg.

Populär-balneologisches Blatt, erscheint im Jahre 1884 wöchentlich während der Badesaison russischer Curorte in russischer Sprache (Artikel über die baltischen Curorte in russischer und deutscher Sprache) unter Betheiligung des Präsidenten der russischen hygienischen Gesellschaft Prof. emer. Leib-Medicus Dr. **Zdekauer,** des Präsidenten der balneologischen Section Prof. **Suschtinskij,** Prof. **Slawjanskij,** der Docenten für Balneologie an der Universität Moskau Dr. **Bogoslowskij.** Docenten der militär-medicinischen Academie DDr. **Mierszjejewskij, Pawlow, Poehl,** der Doctoren **Diatroptow, Dobronrawow, Hübner, Fitzner, Spiegel** und Anderer.

Das Saisonblatt hat die Tendenz, die Leser mit dem Wesen unserer heimischen Curorte bekannt zu machen und zugleich ein treues Bild des Badelebens in denselben zu geben, wodurch die Kenntniss unserer heimischen Bäder-Schätze popularisirt werden soll.

Die erste Nummer erscheint vor Beginn der Saison Anfang April und wird an alle hervorragenden Aerzte, Mitglieder gelehrter Vereine und andere durch das ganze Reich versandt, wodurch dieselbe zu einem fruchtbringenden Insertionsorgan für Curorte, Heilanstalten, Bibliotheken, Fabriken chirurgischer Instrumente und medicinischer Apparate wird. (1)

Abonnementspreis mit Zustellung in alle Orte des Postverbandes 2 Rbl.; Subscriptionen werden in allen Buchhandlungen, im Redactionsbureau (Typographie D. Janpolskij's, Nikolajewskaja № 43) sowie beim Redacteur (Sagorodnij-Prospect № 25) angenommen. Der Insertionspreis für die 3 Mal gespaltete Zeile in Petit ist für Anzeigen heimischer Curorte und Heilanstalten 5 Kop., für Insertionen überhaupt und Anzeigen ausländischer Curorte 10 Kop. oder 20 Pfennige.

Neuerer Medicinischer Verlag von J. F. BERGMANN in Wiesbaden.

Zeitschrift für Ohrenheilkunde.

Unter Mitwirkung
hervorragender Fachgenossen
herausgegeben
in deutscher und englischer Sprache
von
H. Knapp in New-York und **S. Moos** in Heidelberg.

Fester Jahres-Abonnements-Preis: 16 Mark. — Nachträgliche Vertheuerung durch besonders berechnete Supplementhefte ist principiell ausgeschlossen.

Unser Journal bietet.

I. **Originalabhandlungen,** in denen besonders die **praktische Ohrenheilkunde** bevorzugt werden soll, und

II. **Systematische Berichte über die Fortschritte und Leistungen der Ohrenheilkunde,** bearbeitet von Dr. *Arthur Hartmann* in Berlin, Privatdocent Dr. *H. Steinbrügge* in Heidelberg und Dr. *Oskar Wolf* in Frankfurt am Main.

in raschestem Erscheinen, der Art, dass beispielsweise bereits das Januarheft über das zweite Semester des vorausgegangenen Jahres referirt.

Originalbeiträge sind gefälligst an Herrn Prof. Dr. S. Moos in Heidelberg einzusenden.

Behufs Referirung werden die Herren Verfasser ohrenärztlicher Schriften in ihrem eigenen Interesse gebeten, Separatabdrücke, resp. Duplicate der betr. Journal-Nummern und Recensionsexemplare, Gesellschafts- und Anstaltsberichte etc. ebenfalls an Herrn Prof. Dr. S. Moos in Heidelberg einzuschicken.

PEGLI
bei Genua.

Grand Hôtel.

Das ganze Jahr offen. 56 (3)

Meerbäder vom Mai bis November.

Wintersaison. — Pension.

Eigenthümer: **Bucher-Durrer**
vom Hôtel Bürgenstock & Hôtel de l'Europe Luzern.

РЕДАКЦІЯ

Календаря для врачей

покорнѣйше проситъ гг. **петербургскихъ** и **московскихъ врачей** доставить свои адресы съ обозначеніемъ спеціяльности и часовъ пріема больныхъ въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ. Невскій просп., № 14.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 30 Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
. Jahrgang.)

ift

ourg.

heilungen bittet
lst in St. Peters-
Inserate etc. an
ky-Prosp. № 14
len den Autoren
andt.

1884.

ki: Zur Frage
des Darmes. J.
iologischen und
Rosenbach:
icher-Anzeigen
gen über Phar-
rotokollen des
kenbestand in
r Hauptstädte

tunden. Am
secirte ich es.
er beschriebe-
war immen-
charakteristis
und brüchig-
e konnte ich
nach der Prä-
Kindes unter-
e bewegungs-
zeln, manche
Haufen und
ooglöahaufen
welchem hier
Spirochaeten
als normal,
ordenen Spi-
gleich gross,
as Erwärmen
den Spirillen
eine Unmasse
heils gelösten

aschfrau von
ankt, am 19.
r — mit AT.
Nacht erfolgte
37,8° gefal-
e Pseudokrise
°. Patientin
eber und Milz
s wurden we-
P. 120, AT.
in der folgen-

P.	AT.
gemessen.	
—	37,0°
—	36,4°
—	36,8°
104	37,3°
—	40,4°

По случаю перестройки дома No. 5 Придворный книжный магазинъ переведенъ 1 Апрѣля с. г. напротивъ въ

домъ No. 4 по Невскому просп.

Бель-этажъ.

Г. Шмицдорфъ

Придворный книжный магазинъ

(Р. Гаммершмидтъ).

С.-Петербургъ.

Wegen Umbau des Hauses No. 5 sind unsere Geschäftslokalitäten am 1. April a. c. in das gegenüberliegende Haus

Newsky-Prospect No. 4

Bel-Etage

verlegt worden.

H. Schmitzdorff

Kaiserliche Hofbuchhandlung

(R. Hammerschmidt).

St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny-Prosp. № 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 14. **St. Petersburg, 7. (19.) April** **1884.**

Zwei weitere Fälle von Recurrens beim Fötus.

Von

Dr. Rudolph Albrecht,

Prosector am Obuchow-Hospital in St. Petersburg.

In № 18 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift vom Jahre 1880 habe ich einen Fall von Recurrens beim Fötus kurz beschrieben. Seitdem ist es mir gelungen, noch zwei weitere ähnliche Beobachtungen zu machen, die ich hiermit deshalb veröffentliche, weil einerseits einschlägige Fälle so überaus selten sind, andererseits, weil sie einige Fragen veranlassen, deren Beantwortung von hohem Interesse ist und vielleicht auch von praktischem Werthe sein könnte.

Es sind folgende Fälle.

1. Eine 32 jährige Tagelöhnerin, im 8. Monate schwanger, trat am 31. Mai 1881 mit einer Temperatur von 37,8° ins Obuchow'sche Hospital ein, nachdem sie 7 Tage lang hohes Fieber, Kopf und Gliederschmerzen gehabt hatte. Am Tage ihrer Aufnahme will sie zu Hause stark geschwitzt haben. Den 1. Juni MT. 37,5°, AT. 38,5°, gleichzeitiges Frösteln und in der Nacht nochmals profuser Schweiss. Am 2. Juni MT. 37,6°, AT. 37,8°, am 3. MT. 36,5°, AT. 36,4°, am 4. MT. 36,4°, AT. 36,4°, in der Nacht vom 3. auf den 4. nochmals starker Schweiss. Am 5. Juni um 4 Uhr Morgens begannen die Wehen und um 8 wurde ein schwächliches, wenig entwickeltes Siebenmonatskind weiblichen Geschlechtes geboren. Die Temperatur der Mutter betrug gleich nach der Geburt 36,4°, am Abende desselben Tages 37,0°.

Am 6. Juni MT. 38,0°, AT. 37,8°, den 7. MT. 36,2°, AT. 38,4°, den 8. MT. 37,7°, AT. 37,3°, den 9. MT. 36,8°, AT. 37,8°, den 10. MT. 38,2°, AT. 40,0°, den 11. 39,0° u. s. w., was sonst für uns kein weiteres Interesse hat. Die Schwankungen der Temperatur vom 6. bis zum 9. Juni wurden auf puerperale Zustände bezogen (Geruch, zeitweiliges Ausbleiben der Lochien u. a.) und deshalb wurde auf Spirillen hin nicht untersucht; als jedoch die Temperatur 40° erreicht hatte, ergab die angestellte Blutuntersuchung eine Menge Spirillen.

Das unentwickelte sehr schwächliche Kind zeigte gleich nach der Geburt sehr schwache Lebenszeichen, starb aber erst gegen Mittag des 8. Juni, also nach 76 Stunden. Am 8. Juni, etwa 24 Stunden nach dem Tode secirte ich es. Die innern Organe zeigten ein dem ersten, früher beschriebenen Falle vollständig analoges Bild, die Milz war immenvergrössert und hatte das für Recurrens so charakteristische Aussehen (Fischrogen), ihr Gewebe hart und brüchig.

Sofort von mir angefertigte Blutpräparate konnte ich aus verschiedenen Gründen erst 28 Stunden nach der Präparation, also 52 Stunden nach dem Tode des Kindes untersuchen; es fanden sich in denselben eine Menge bewegungsloser Spirochaeten. Viele von ihnen lagen einzeln, manche andere zu 2 und 3, die meisten aber in grossen Haufen und Geflechten, so dass ich zuweilen meinte, einen Zooglöahaufen von sehr feinem Korn vor mir zu haben, aus welchem hier und da einzelne oder ganze Büschel bildende Spirochaeten hervorstehen. Sie erschienen alle etwas dicker als normal, wie es bei den, vor Kurzem bewegungslos gewordenen Spirillen vorkommt. Ihre Windungen waren meist gleich gross, nur bei einzelnen nicht ganz regelmässig. Das Erwärmen der Präparate brachte keine Bewegung unter den Spirillen zu Stande. Im Blute fanden sich ausserdem eine Unmasse von Fäulnissorganismen theils zerfallnen, theils gelösten Blutkörperchen, Bacillen, Kokken u. s. w.

2. Der zweite Fall betraf eine schwangere Waschfrau von 32 Jahren, welche, am 16. Februar 1882 erkrankt, am 19. in das Obuchow'sche Hospital eingetreten war — mit AT. 40,0°, P. 132 und R. 36. In der folgenden Nacht erfolgte ein recht starker Schweiss, wobei die MT. auf 37,8° gefallen war, der Puls blieb aber 132, was für eine Pseudokrise sprach; Abends betrug die Temperatur 39,2°. Patientin klagte über starken Durst und Schwindel, Leber und Milz waren vergrössert, die Bewegungen des Kindes wurden weniger lebhaft. Am 21. Februar MT. 38,7°, P. 120, AT. 40,2°, am 22. MT. 39,5°, P. 120, AT. 39,0°, in der folgenden Nacht starker Schweiss.

	MT.	P.	AT.		MT.	P.	AT.
23. Febr.	35,6°	—	35,8°	1. März	nicht gemessen.		
24. «	35,6°	—	36,4°	2. «	37,0°	—	37,0°
25. «	36,6°	—	36,4°	3. «	36,6°	—	36,4°
26. «	35,8°	—	36,0°	4. «	36,8°	—	36,8°
27. «	36,4°	—	36,5°	5. «	37,0°	104	37,3°
28. «	nicht gemessen.			6. «	36,8°	—	40,4°

7. März	38,2°	102	40,5°	19. März	37,1°	—	37,3°
8. «	39,0°	96	40,4°	20. «	37,4°	90	37,0°
9. «	38,8°	108	40,0°	21. «	36,8°	—	37,0°
10. «	37,0°	108	40,7°	22. «	36,8°	—	37,0°
11. «	37,4°	108	40,0°	23. «	37,6°	—	37,4°
12. «	37,4°	120	36,1°	24. «	37,6°	—	37,7°
	starker Schweiss.				(Parulis).		
13. «	35,7°	72	36,2°	25. «	39,3°	100	37,3°
14. «	35.8°	88	35.5°	26. «	36,7°	—	37,1°
15. «	36,0°	—	36,3°	27. «	37,0°	—	37,3°
16. «	36,3°	—	36,5°	28. «	37.4°	—	36,4°
17. «	36,3°	—	36,3°	29. «	36,7°	80	—
18. «	36,5°	—	37,1°				

Seit 3 Tagen Schmerzen im Unterleibe, am 28. Abends Wehen, welche nach einer Stunde ein 7½ monatliches todtes Kind zur Welt beförderten bei geringer Blutung; am 29. stand der Uterus 3 Querfingerbreit über der Symphyse. Die Temperatur blieb 3 Tage lang normal, steigerte sich allmälig, weil die Kranke im Hospitale einen Flecktyphus acquirirt hatte, von welchem genesen, sie nach 3½ Wochen entlassen werden konnte.

Der Fötus kam 18 Stunden nach der Geburt zur Section. Als hervorragendes Symptom der Recurrens fand sich eine bedeutende Vergrösserung der Milz vor bei sehr grosser Härte und Brüchigkeit des Organs. Die Maasse der Milz betrugen: Länge 48 Mm., Breite 30 Mm., Dicke 12 Mm., Volum 10 Cc., der Leber: 89 Mm. von rechts nach links, 62 Mm. der rechte Lappen von vorn nach hinten, 52 Mm. der linke Lappen von vorn nach hinten, Volum 38½ Cc., der Nieren:

Länge, die rechte	34 Mm.	die linke 36 Mm.
Breite « «	22 «	« « 24 «
Dicke « «	11 «	« « 11 «
Volum « «	6 Cc.	« « 6 Cc.

Im Blute waren keine Spirillen aufzufinden.

Die Maasse der frischen Organe in den zwei ersten, von mir veröffentlichten Fällen sind leider nicht vorhanden. Zur annähernden Vergleichung lasse ich die Grösse der beiden Milzen folgen, welche, der Länge nach durchschnitten, lange Zeit in Spiritus gelegen und sich deshalb stark verkleinert hatten und gebe auch die Maasse des Spirituspräparates der dritten Milz, welche freilich erst in Müller'scher Flüssigkeit gelegen hatte.

	1. Fall	2. Fall	3. Fall
Länge . . .	32 Mm.	35 Mm.	43 Mm.
Breite . . .	22 «	— «	28 «
Dicke . . .	9 «	13 «	— «

Aus dem Befunde geht unzweifelhaft hervor, dass in den drei von mir beschriebenen Fällen der Fötus bereits während seines intrauterinen Lebens erkrankt war und zwar an einer Krankheit, welche erwiesenermaassen durch das Eindringen parasitärer Organismen in den Körper entsteht. Hier geschah es in einem Organismus, welcher, allseitig vom Mutterleibe umschlossen, mit diesem nur durch die Placenta zusammenhängt, woraus gefolgert werden muss, dass die Uebertragung der pathogenen Organismen, aus dem Blutkreislauf der Mutter in den des Kindes nur durch die Placenta vermittelt wurde. Seit Bollinger's Untersuchungen nimmt man aber allgemein an, dass die Placenta kein organisirtes Gebilde durchlasse, dass sie vielmehr ein Filter darstelle, welches nur den Gasaustausch zulasse. Diese Ansicht wurde durch die Beobachtungen von Brauell, Davaine, Pasteur u. a. bestätigt, desgleichen auch von J. Strauss und Ch. Chamberland[1]), welche fanden, dass die Früchte der mit Milzbrandblut geimpften Meerschweinchen in den verschiedensten Perioden der Gravidität nie Bacterien enthalten und dass ihr Blut auch keine giftigen Eigenschaften besitze. Das Gift der Hühnercholera inficirt aber nach denselben Forschern, auf trächtige Kaninchen übertragen, die Früchte derselben, ebenso gehe der Vibrion septique Pasteur's, wenn auch nicht constant, über. Gusserow (Berl. klin. Wochenschr. 1880. № 17.) sagt zwar: «trotz der fehlenden directen Beweise kann die Möglichkeit, dass Mikrokokken die Placenta durchwandern, nicht wohl bestritten werden», fügt jedoch hinzu, dass er *nie* Veränderungen im Darm, von Typhuskranken stammender neugeborener Kinder gefunden habe, welche auf eine intrauterine Erkrankung des Fötus am Typhus hingewiesen hätten.

Die oben beschriebenen Fälle beweisen zur Evidenz die Möglichkeit einer Erkrankung des Fötus an einem typhösen Processe, dessen parasitäre Natur keinem Zweifel mehr unterliegt, und dessen Mikrophyten sich so sehr von allen andern Gebilden nicht nur durch ihre Bewegungen, sondern noch mehr durch ihre Form unterscheiden. Es entsteht nun die Frage, ob die Spirochaeten als solche die Placenta durchdringen und in den fötalen Kreislauf gelangen können, oder müssen sie zu diesem Zwecke erst metamorphosirt, d. h. in einen andern Zustand (Keim- oder Dauersporen) übergegangen sein? Aus meinen frühern Beobachtungen über die Entwickelung der Spirillen im Blut während der Remission (auch ausserhalb des Organismus) (deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. XXIX. S. 77—112) ist ersichtlich, dass sie in einen solchen Zustand übergehen können und als Dauersporen im Blute suspendirt sind; sie circuliren zwischen den Fieberanfällen im Blute entweder frei oder an die körperlichen Elemente des Bluts gebunden und sind nur in Folge ihrer Kleinheit bis jetzt dem Auge der Beobachter entgangen.

Es ist jedenfalls wahrscheinlich, dass diese minimalen Gebilde das Filter der Placenta leichter durchwandern, als die fertig gebildeten Spirillen, die zwar wenig dick, aber sehr lang sind und deren Spiralform das Durchdringen einer Scheidewand entschieden erschwert.

Könnte die Spirochaete als solche die Placenta frei passiren, so stände eine gleichzeitige Erkrankung der Mutter und des Fötus ausser Zweifel; anders steht die Frage, wenn nur die Sporen derselben das Filtrum durchdringen können. Die Infectionen der Mutter und des Fötus würden zeitlich nicht zusammenfallen, es würde vielmehr die Ansteckung des Kindes später als die der Mutter eintreten, die Krankheit des erstern also unabhängig von der der letztern verlaufen; es könnte beispielsweise der Fötus sich im ersten Anfalle befinden, während die Mutter schon abgeschwitzt hat, und beim zweiten Anfall derselben, den Beginn der Remission darbieten.

Die Incubationszeit der Recurrens beträgt nach übereinstimmenden Beobachtungen vieler Forscher 5—8 Tage. Wahrscheinlich tritt mit den ersten Krankheitserscheinungen zugleich auch die Fähigkeit der Mutter ein, ihr Kind zu inficiren, es wird erst jetzt angesteckt und nimmt seinerseits wieder 5—8 Tage für das Incubationsstadium in Anspruch. Da aber darüber noch Nichts bekannt ist, ob die Sporen schon während des Fiebers vorhanden sind oder erst mit dem Eintritte der Krise und dem Verschwinden der Spirillen erscheinen, so könnte man fragen, ob nicht erst durch den Eintritt der Krise die Möglichkeit der Infection des Kindes gegeben wird und jetzt erst die erste Incubationsperiode beim Fötus beginnt. Welche von diesen beiden Ansichten die richtige sei, kann nur durch zahlreichere Beobachtungen festgestellt werden; die oben mitgetheilten Fälle sprechen sicher für einen zeitlichen Unterschied im Verlaufe der Krankheit bei Mutter und Kind, ohne eine klare Beantwortung dieser Frage zuzulassen.

Die Mutter erkrankte im ersten Falle am 25. Mai, schwitzte 2 Nächte lang, und war 3 Tage fieberfrei. Am 5. Juni, 12 Tage nach der Erkrankung kam die Frühgeburt zu Stande, nach 3 Tagen starb das Kind und zeigte bei der Section eine so reichliche Menge Spirillen, wie sie gewöhnlich in den letzten Tagen des Anfalls vorzukommen pflegen. Während dessen schwankte die Temperatur bei der Mutter in geringen Grenzen, war am Todestage des Kindes normal und stieg am 8. Tage der Apyrexie binnen 24 Stunden auf 40,0°. Also: Beginn des ersten Anfalls bei der Mutter am 25. Mai, definitive Krise am 2. Juni, zweiter Anfall vom 10.

[1]) Strauss et Chamberland, recherches expérimentales sur la transmission des maladies virulentes aiguës de la mère au foetus. (Compt. rend. de la societ. de biologie p. 683 in Virch. Jahresber. 1882. Band 1. p. 240.

Juni ab, Tod des Kindes an einem der letzten Tage seines ersten Recurrensanfalls am 8. Juni, folglich erkrankte es bei durchschnittlicher Dauer des ersten Anfalls von 6—8 Tagen, am 1, 2. oder 3. Juni.

Im 2. Fall erkrankte die Mutter am 16. Febraur, der erste Anfall dauerte 7 Tage, worauf eine Remission von 11½ Tagen folgte, der 2. Anfall währte 5 Tage, die darauf folgende Remission zeigte eine geringe Temperaturhöhung nach 14 Tagen (38 Tage nach Beginn der Krankheit), worauf abermals 3 völlig fieberfreie Tage bis zum Eintritt des Aborts folgten. Obwohl die Haut des todten Kindes etwas macerirt war, so lässt sich bei den geringen Veränderungen in der Consistenz und der Farbe der innern Organe kaum annehmen, dass der Tod schon vor längerer Zeit eingetreten wäre; die Härte und Grösse der Milz machen es trotz des Fehlens der Spirochaeten wahrscheinlich, dass der Tod bald nach der Krise beim Kinde eingetreten sei. Der Zeitpunct der Erkrankung des Fötus lässt sich freilich nicht feststellen, doch lässt sich auch hier die Annahme, dass beide Krankheiten nicht coincidirten, nicht von der Hand weisen.

Für die Ansicht, dass die Erkrankung des Fötus in utero nicht gleichzeitig mit dem Befallenwerden der Mutter zusammenzufallen braucht, führe ich noch einen Fall an, der durch seinen negativen Befund wichtig ist.

Eine 34-jährige Soldatenfrau erkrankte am 16. Mai 1882 an einer ziemlich schweren Recurrens. In der Nacht des 21. Mai kam ein Abort von Zwillingen zu Stande, worauf das Fieber noch 3 Tage bis zur Krise anhielt; die Diagnose der Krankheit war durch den mikroskopischen Nachweis von Spirochaeten gesichert. Die Zwillinge im Alter von etwa 5½ Monaten waren ein Knabe von 28 und ein Mädchen von 27 Cm. Länge, ihre Milzen maassen in der Länge 10 und 12, in der Breite 6 und 8 Mm. In beiden Placenten apoplektische Herde, im Blute der Mutterkuchen waren Spirochaeten vorhanden, in dem der Fötus keine Spirillen, sondern nur kleine einfache und zusammengesetzte Körper, deren Bedeutung nicht weiter bestimmt werden konnte.

Obgleich 5—8 Tage auf die Incubation der Recurrens bei der Mutter zu rechnen sind und der Fieberanfall 3½—4 Tage bis zum Abort währte, so sehen wir doch, dass in keinem der innern Organe bei den Kindern die für Recurrens so charakteristischen Veränderungen gefunden wurden, sondern dass die Milz, deren Aussehen fast allein zur Sicherstellung der Diagnose genügt, so klein war, wie es dem Alter des Fötus entspricht; im Blute der Mutter — Spirillen, in dem der Kinder — keine. Ob die kleinen corpusculären Gebilde des fötalen Blutes in irgend welcher Beziehung zu den Spirochaeten stehen, muss dahin gestellt bleiben.

Referate.

N. D. Monastyrski: Zur Frage über die Behandlung der Narbenstenosen der Speisewege. (Jesh. kl. Gas. 1883. № 9, 10 u. 11).

Nach einer historischen Skizze der bisher üblichen Behandlungsmethoden der narbigen Stricturen im Hals- und Brusttheile des Oesophagus und einer Kritik derselben, sowie Anführung sämmtlicher einschlägiger Fälle aus der Literatur, berührt Verf. die Behandlung der isolirten Pylorusstricturen. Verf. constatirt dabei, dass die Chirurgie in Betreff der Behandlung der narbigen Pylorusstricturen sich bisher mehr in theoretischen Raisonnements ergangen, als in activem Vorgehen, hinweisend auf Schönborn und Trendelenburg, welche eine mechanische Dilatation der Pylorusnarbenstricturen durch eine Magenfistel angerathen und auf Scheede, der den Vorschlag wohl ausgeführt hat, aber mit einem Misserfolge. Verf. versuchte nun einen Kranken mit narbiger Pylorusstrictur durch die Wölfler'sche Gastro-Enterostomie zu retten und verdient dieser Fall schon daher eine Beachtung, weil hier zum ersten Male die Wölfler'sche Operation wegen narbiger Strictur des Pylorus ausgeführt ist.

Ein Fabrikbeamter, 36 Jahre alt, trank im trunkenen Zustande am 24. Januar 1882 eine Schale roher Schwefelsäure. Gleich darauf ins Peter-Paulhospital gebracht, befand sich Pat. in einem stark collabirten Zustande mit Erbrechen, fadenförmigem Pulse, Schmerzen im Epigastrium, Cyanose, Dyspnoe etc. Nach einer entsprechenden Behandlung erholte er sich bald und wurde am 30. Januar ausgeschrieben. Am 4. März trat Pat. mit den Symptomen einer Pylorusstrictur wieder ein Colossale Abmagerung, starke Magenerweiterung; das Genossene wurde immer nach 2—3 Stunden erbrochen. Pat. war so schwach, dass er beim Aufrichten im Bett in Ohnmacht fiel. Temperatur subnormal 34,9. In der Narcose fühlte man in der Pylorusgegend eine bis kastaniengrosse, an der Oberfläche glatte, weiche Geschwulst. Am 11. März wurde Pat. in die chirurgische Abtheilung übergeführt. Vom 11.—13. März wurden täglich Magenausspülungen gemacht mittelst einer Sonde à double courant und Irrigator. Am 13. März Operation unter strengster Antisepsis, aber ohne Spray. Das Operationszimmer war geheizt. Desinfection des Raumes mit 5% Carbolspray. Zum Schutze der Bauchhöhle wurden gründlich desinficirte Billroth'sche Servietten benutzt. Schnitt in der Linea alba vom Pr. ensiform. 13 Ctm. lang schichtweise bis zum Peritonäum. Nach sorgfältiger Blutstillung Eröffnung der Peritonäalhöhle und provisorische Anheftung des Peritonäums an die Bauchdeckenwunde. Darauf wurde nicht mehr Chloroform gegeben. Es wurde die oberste Schlinge des Jejunum herausgezogen und so gewendet, dass ihre Schenkel parallel zu einander standen. Verschluss des Darmes durch 2 provisorische Seidenligaturen, die durchs Mesenterium durchgestochen wurden.

Der Magen wurde herausgezogen, die Bauchhöhle durch Servietten geschützt und der Magen durch einen 4 Ctm. langen Schnitt parallel der grossen Curvatur und einen Querfingerbreit über derselben eröffnet. Ein ebenso langer Schnitt wurde dann an dem Darm zwischen den beiden provisorischen Ligaturen vis-à-vis der Mesenterialinsertion angelegt. Nach gründlicher Desinfection Versenkung des Magens und Darms. Naht der Wundränder des Darmes an die Wundränder des Magens nach Wölfler. Sodann Naht der Bauchwunde, wobei wieder Chloroform gegeben werden musste. Die Nahtlinie wurde mit Jodoform eingepudert. Verband mit Bergmann'scher Sublimatgaze und 10% Salicylwatte. Während des Verbandes plötzlicher Collaps, kaum fühlbarer Puls, Sistiren des Athmens und Cyanose.

Die Operation hatte 2 Stunden gedauert. Durch Moschus und Campher subcutan gelang es mit Mühe die bedrohlichen Erscheinungen zu beseitigen. Pat. erholte sich wieder und betrug die Temperatur 2 Stunden nach der Operation 37,6, während sie vor der Operation 35,4 gewesen war. Pat. fühlte sich nun wohler, scherzte und verlangte Eisstückchen. Um 9 Uhr Abends wünschte er zu schlafen, schloss dabei die Augen und war 15 Minuten darauf todt.

Die Section ergab narbige Pylorusstenose — eine kleine geknöpfte Sonde konnte kaum durchgeführt werden. Entsprechend der Narbe sehr starke Hypertrophie der Muscularis. Die Nähte hielten sehr gut, die Serosaflächen waren verklebt. Durch forcirte Wasserinjectionen überzeugte man sich, dass kein Tropfen Wasser durch die Nahtlinie und andererseits auch nicht durch die stricturirte Partie durchdrang.

Trotz des ungünstigen Ausganges dieses Falles plaidirt Verf. doch für die Wölfler'sche Operationsmethode gerade bei narbigen Pylorusstricturen, weil einmal diese Operation technisch leichter auszuführen sei, als die Pylorusresection (was bei spät zur Behandlung kommenden Patienten und so erschöpften Individuen, wie im besprochenen Falle gewiss zu berücksichtigen ist) und andererseits, weil bei dieser Operation kein Theil des Magens geopfert werden müsse — was bei Pyloruscarcinomen nicht zu umgehen ist, bei Narbenstenosen aber vermieden werden kann. D.

S. Rosanow (Ssoligalitsch): Ein Fall von 15-tägiger Impermeabilität des Darmes. (Wratsch № 2).

J. Bloch: Elektricität bei Darmocclusion. (Wratsch № 3).

An die Mittheilung Bogdanow's (cf. Pbg. med. W. 1883 № 33) anknüpfend, theilt Rosanow ebenfalls einen Fall von Darmocclusion mit, bei welchem er gasentwickelnde Clystiere angewandt hat. Als Ursache nimmt R. Darmverschlingung an, entstanden durch starke Körperbewegung nach dem Essen (uns scheint es eher Koprostase gewesen zu sein. Ref.) In klinischer Beziehung ist R's. Fall darin bemerkenswerth, dass die genannten Clystiere 6 Tage lang erfolglos angewandt wurden und auch nach dem letzten Clystier vergingen 11 Stunden bis endlich ein Stuhl erfolgte. Daher schreibt R. den Erfolg nicht allein den Clystieren sondern auch dem gleichzeitig angewandten Eis und Opium zu.

Bloch theilt einen Fall von 8-tägiger Stuhlverhaltung mit. Der Verlauf ebenfalls fieberlos. Von der Idee ausgehend, dass Atonie der Bauchpresse keine geringe Rolle bei Entstehung von Stuhlretardation spielt, wandte Verf. Faradisation an, indem er eine Elektrode in den Dickdarm einführte, die andere auf die Bauchwandung placirte. Dauer der ersten Sitzung 15 Minuten. Kein Erfolg. Am folgenden Tage Anwendung der Galvanisation. Die Anode in Form einer Schlundsonde c. 15 Ctm. lang in den Darm eingeführt, die Katode auf die Bauchoberfläche. Strom von 16 Stöhrer'schen Elementen. Dauer der Sitzung 20 Minuten; während derselben schwand der lästige Singultus. Diese Manipulation wurde an demselben Tage noch 2 Mal wiederholt und in der darauf folgenden Nacht erfolgte endlich Stuhlgang. Ausser Elektricität wurden übrigens noch Hegar'sche Clystiere und Bäder angewandt. P.

Ole Bull: Bemerkungen über den Farbensinn unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen. (Gräfe's Arch. f. Ophth. 1883, XXIX, 3, pag. 71—116).

Diese Arbeit bildet gewissermaasen die Fortsetzung von des Verfassers erster Abhandlung («Studien über Lichtsinn und Farbensinn». Gräfe's Arch. 1881, 1. pag. 54—150) und enthält hauptsächlich die Resultate der praktischen Prüfung des Farbensinnes vermittelst seiner «Chromatoptometrischen Tafel» (Mallinger, Christiania und Twietmeyer, Leipzig, 1882.—Vergl. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1882, № 43, pag. 372).

Infolge seiner Untersuchungen kann Bull die früher ausgesprochenen Ansichten grösstentheils bestätigen, dagegen ist er bei einzelnen Puncten zu anderen Resultaten gelangt.

Ein Vergleich seiner Farbentafel mit der Kolbe'schen (welche letztere continuirliche Farbenübergänge nach Grau aufweist), lässt B. die Benutzung von *einzelnen Sättigungsstufen* der betr. Farben für die Praxis geeigneter erscheinen. Auch betont er mit Recht einen Mangel der K'schen Farbentafel: dass die benutzten Farben nicht gleich hell [1]) und nicht gleich rein sind. Um für die Praxis in bequemer Weise die Herabsetzung des Farbensinns nummerisch angeben zu können, schlägt der Verfasser die Einführung eines Farben-Empfindungs-Normalmaasses vor, das er «*Chromoptrie*» nennt. Eine Chromoptrie soll die minimale Reizschwelle sein, welche von dem normalsichtigen Auge richtig erkannt wird und entspricht № 1 seiner chromatoptometrischen Tafel (20° Farbe+340° Neutralgrau). Die Einführung eines solchen Normalmaasses findet jedoch in dem Einflusse der variablen Beleuchtung ein kaum zu beseitigendes Hinderniss, auch ist der minimale Sättigungsgrad, welcher bei constanter Beleuchtung im richtigen Farbenton aufgefasst wird, bedeutenderen individuellen Schwankungen ausgesetzt, als der Verf. annimmt. (Mithin bleibt die *gleichzeitige* Messung der Normalreizschwelle wünschenswerth). Den von einigen anderen Forschern gefundenen relativ hohen Procentsatz *Farbenschwacher* (wodurch der Unterschied zwischen Normalsichtigen und Farbenblinden ein «fliessender» würde) schreibt B. einem «Mangel der Methode» zu.

In Bezug auf die bei pathologischen Zuständen vorkommenden Anomalien des Farbensinnes kommt Bull auf die in dem Texte zu seiner Farbentafel gegebene Eintheilung zurück, die er durch ausführliche Beobachtungen erläutert und zu begründen sucht.

1. C (die Farbenempfindungsstärke) nimmt gleichmässig für alle Farben ab, — so bei gewissen Affectionen des Sehnerven (in allen Fällen, wo eine mehr oder minder ausgebreitete Destruction der Retinalelemente vorliegt, wie überstandene Retino-Choroiditen, Atrophie der inneren Nervenschicht der Retina etc.).

2. Man findet eine Schwächung in Bezug auf das *eine* Paar der complementären Farben (roth—blaugrün, gelb—blau) und in der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle für Roth und Grün,—so bei den meisten Opticus-Atrophien primärer Art. (Hiebei sind *perimetrische* Untersuchungen von Wichtigkeit).

3. Gewisse, namentlich schwächere Nüancen von Roth werden mit Gelb, und solche von Grün mit Blau verwechselt, — so bei allen Affectionen bei welchen der Lichtsinn (L) geschwächt ist, wie bei Verdunkelung der brechenden Medien, bei Retino-Choroiditen und bei ablatio retinae.

Es würde zu weit führen, wenn wir hier auf die einzelnen angeführten Krankengeschichten eingehen wollten, weshalb wir auf das Original verweisen.

Ob die Bull'sche Tafel bei *pathologischen* Fällen von Farbenschwäche thatsächlich eine scharfe Diagnose gestattet oder nicht müssen wir unentschieden lassen, da die bezüglichen Erfahrungen anderer Forscher mit der chromotoptometrischen Tafel noch ausstehen. Bei der quantitativen Prüfung des Farbensinnes im Allgemeinen ist sie, ihrer bequemen Handhabung wegen, zu empfehlen.

K—e.

K. B. Lehmann: Ein Beitrag zur Lehre vom Geschmackssinn. (Pflüger's Archiv Bd. 33. S. 194).

Es giebt bekanntlich eine Reihe von Reizen, die blos den Lingualis afficiren (die mechanischen), ausserdem kennen wir eine Anzahl von Stoffen, denen eine ausschliessliche Einwirkung auf die geschmackspercipirenden Fasern zugeschrieben werden muss (Zucker. Chinin), da sie an jeder anderen nicht mit Endigungen des Glossopharyngeus versehenen Stelle keine Empfindung hervorzurufen vermögen. Eine dritte Reihe von Reizen (grosse Mehrzahl der schmeckenden Substanzen, elektrische Reize) erregen, wenn sie unsere Zunge treffen, wie wir annehmen müssen, beide nervöse Apparate, und rufen gleichzeitig einen Geschmacks- und einen Gefühlseindruck hervor. Die beiden Eindrücke sind aber zu einem verschmolzen, und können nicht mehr als Vermuthungen darüber geäussert werden, wie gross der Antheil der einen oder anderen Empfindungscomponente ist. Diese Unsicherheit des Urtheils geht so weit, dass manche Autoren die Empfindung des Sauren ganz von der Liste der Geschmäcke streichen. wollen; ähnlich verhält es sich beim salzigen und beim adstringirenden Geschmacke, nur noch in viel höherem Grade. — An normalen Menschen lässt sich für alle Reize, die beide sensiblen Nervensysteme reizen, die Sonderung der Empfindung nur bis zu einem gewissen Grade feststellen. Verf. benutzte daher zu diesem Zweck einen Fall von vollständiger einseitiger Geschmackslähmung bei vollkommen erhaltener Sensibilität. Derselbe betraf einen 20 Jahr alten gesunden sehr intelligenten Erdarbeiter, welcher am 19. October 1882 eine Kopfverletzung erlitten hatte. Bei der Prüfung des Patienten am 18. und 20. December durch den Verfasser fühlte derselbe sich körperlich wohl und ging bereitwillig auf die Versuche hinsichtlich seiner Geschmacksfähigkeit ein. Auf der linken (gesunden) Seite wurden alle Geschmackseindrücke von nicht zu geringer Intensität richtig erkannt. Rechterseits zeigte nur die kleine Spitzenregion eine Reaction; am Rande, in der Mitte und in der Gegend der Papillae circumvallatae fehlte auf der rechten Seite der Geschmack ganz vollkommen. Die Sensibilität der beiden Zungenhälften war dabei auf das Feinste erhalten. Zucker- und Chininlösungen waren völlig erfolglos. Es giebt also süsse und bittere Substanzen, die in den stärksten Concentrationen keinen Tasteindruck hervorbringen. Bei Application von Säuren wurde nur ein stärkeres oder schwächeres Brennen empfunden, nie eine Spur des sauren Geschmacks. Salze wirkten an den des Geschmacks entbehrenden Stellen auch nur schwach brennend oder «ätzend», nur an der Spitze und auf der gesunden Seite wurde der Salzgeschmack wahrgenommen. Die Adstringentia Tannin und Kupfersulphat wirkten rechts seitlich und hinten blos etwas stechend und deutlich zusammenziehend, auf der linken Seite kamen zu diesen Einwirkungen auf das Gefühl noch säuerliche und salzige Geschmackseindrücke. Diese Beobachtungen beweisen, dass im Sauren neben dem Gefühlseindruck ein Geschmackseindruck steckt, und dass auch im Salzigen und Adstringirenden Geschmackscomponenten vorhanden sind.

β.

W. Bechterew und P. Rosenbach: Zur Physiologie der Intervertebralganglien. (Mitgetheilt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft am 21. Jan. 1884).

Waller, Schiff u. a. haben festgestellt, dass nach Durchtrennung der hinteren Rückenmarkswurzeln zwischen Rückenmark und Spinalganglien der periphere mit dem Ganglion noch in Verbindung stehende Theil der Wurzel seinen normalen Bau beibehält, während der centrale nach kurzer Zeit einer degenerativen Atrophie verfällt. Von dieser Thatsache ausgehend stellten B. und R. sich die Aufgabe, die mögliche Alteration auch des Rückenmarks selbst nach Abtrennung der Intervertebralganglien zu untersuchen. Zu diesem Zwecke durchschnitten sie an Hunden die gesammten Rückenmarkswurzeln, die am Ende der Medulla spinalis abgehen (cauda equina) durch Einführung eines zweischneidigen Messers in den Zwischenraum zwischen dem Kreuzbein und dem letzten Lendenwirbel (spatium rhomboidale), zuweilen auch zwischen dem letzten und vorletzten Lendenwirbel. Nach der Operation zeigten die Thiere Anästhesie der Ruthe, des Dammes, und der Innenfläche der Hinterbeine, Entartungsreaction in den entsprechenden Muskeln, Störung des Ganges, Lähmung der Ruthe und der Sphincteren. Die meisten Thiere gingen nach 10—30 Tagen zu Grunde, einige erholten sich von der Operation und wurden nach 2—3 Monaten getödtet.

Die Section ergab in allen Fällen eine auf die Stelle der Durchschneidung beschränkte Verwachsung der Cauda equina mit den Rückenmarkshäuten. Die mikroskopische Untersuchung des centralen Endes der durchschnittenen hinteren Wurzeln ergab eine classische Degeneration der Nervenfasern mit Bindegewebswucherung. Im Rückenmarke selbst fand sich eine ausgebreitete und intensive Degeneration (Vacuolisation, Atrophie, körniger Zerfall, Schwund) der Nervenzellen in der grauen Substanz, sowohl in den Vorder-, als auch in den Hinterhörnern. Sie war am stärksten in den untern Abschnitten und der Lendenanschwellung des Rückenmarks ausgeprägt, doch verbreitete sie sich in abnehmender Intensität längs der Rückenmarksachse nach oben und selbst in den Kernen der Medulla oblongata liessen sich einzelne degenerirte und vacuolisirte Ganglienzellen nachweisen. Das Netzwerk der grauen Substanz erschien in den untern Rückenmarksabschnitten trübe und gequollen, doch ohne deutliche Texturveränderungen, hier fand sich theilweise Degeneration der intramedullären Fortsetzungen der hintern, zuweilen auch der vordern Wurzelfasern.

In den Fällen, in welchen die geschilderten Veränderungen der grauen Substanz besonders intensiv auftraten (vorzüglich bei hoher Durchschneidung) traten auch deutliche Veränderungen in den weissen Rückenmarkssträngen auf und zwar in den untern Rückenmarksabschnitten diffuse Degeneration der Hinterstränge, in der Lendenanschwellung nur auf die Goll'schen Stränge sich beschränkend und nach oben rasch abnehmend, Degeneration der Fortsetzungen der hintern Wurzeln, welche in Gestalt kleiner Bündel vor der substantia gelatinosa Rolando nach oben steigen, und Degeneration zerstreuter Nervenzellen in den Kleinhirnseitenstrangbahnen.

Redner betonen das Fehlen jeglicher entzündlicher Erscheinungen der grauen Substanz und sehen in den pathologischen Veränderungen der Nervenzellen den Ausdruck einer trophischen Störung. Die Degeneration der Goll'schen und anderer aufsteigender weisser

---

[1]) So richtig die Bemerkung Bull's in Bezug auf die Kolbe'sche Farbentafel auch ist (Vergl. „Врачъ" 1882, № 32 pag. 527.), so hat sie für die Praxis vielleicht weniger Gewicht, als Herr Dr. B. glaubt, denn *Pigmente, welche dem Normalsichtigen gleichhell erscheinen, sind Farbenblinden oft merklich verschieden hell* (und umgekehrt). Dieser Umstand dürfte auch bei den Bull'schen Farben störend wirken. D. Ref.

Stränge wird hingegen von ihnen als eine secundäre aufgefasst. Das Hauptergebniss ihrer Untersuchung besteht darin, dass die Abtrennung einer genügenden Anzahl von Intervertebralganglien vom Rückenmarke eine trophische Störung der gangliösen Elemente in der grauen Substanz desselben bewirkt, die am deutlichsten in dem, seiner Ganglien beraubten Abschnitte und der Nachbarregion, auftritt, mit abnehmender Intensität durch die ganze graue Säule nach oben hin sich fortpflanzt. *Es sind demnach die Intervertebralganglien als trophische Centren für die Ganglienzellen der grauen Rückenmarkssubstanz zu betrachten.*

Der Vortrag wurde durch mikroskopische Präparate auf der Sitzung illustrirt. Hz.

Uebersicht der russischen psychiatrischen Literatur für 1883.

(Nach Dr. Lion's Zusammenstellung in Med. Obosren. 1884 № 1).

I. Geisteskrankheiten und Casuistik.

Kowalewski (Arch. Psich. Kow. I) beschreibt zwei Fälle von idiopathischem Stupor. Er nimmt hinsichtlich einer Erklärung der Hallucinationen und des fast erhaltenen Körpergewichts, welche beide nicht mit dem allgemeinen Bilde des Stupor stimmen zur Hypothese Meynert's vom Antagonismus der corticalen und subcorticalen Centren seine Zuflucht, als ob bei Läsionen der ersteren die Thätigkeit der letzteren sich steigere; daher die Hallucinationen und Erhöhung des, dem Körpergleichgewicht vorstehenden subcorticalen Centrums, welches in die Vierhügel verlegt werden muss. Bechterew (Wr. 1883. № 35) ist nach seinen Versuchen an Thieren zu dem Schlusse gekommen, dass die Vierhügel ausschliesslich Sehcentrum seien.

Pasternazki (Arch. Psich. Kow. T. 2) bespricht die differentielle Diagnose der progressiven Irrenparalyse und der von Meynert aufgestellten pseudoaphasischen Verrücktheit. Letztere ist, wie F. an einem von ihm beobachteten Fall constatirt, eine Herderkrankung an einer begrenzten Stelle der Grosshirnhemisphären, namentlich Erweichung und Entzündung der Insel und des benachbarten Theils des Linsenkerns. Als Ursachen erscheinen Trauma, Hämorrhagie, Embolie, der Verlauf ist viel chronischer, als bei der Paralyse, die Symptome: amnestische Aphasie, erschwerte Rede, Abschwächung der geistigen Fähigkeiten und Lähmung des unteren Facialisastes, zuweilen auch der rechtsseitigen Extremitäten.

Awtokratow (Arch. Psich. Kow. T. II) beschreibt einen geheilten Fall von pseudoaphasischer Verrücktheit bei einem 33-jährigen Mann nach einem Falle vom Pferde auf den Kopf. Symptome: amnestische Aphasie, Parese des unteren (respiratorischen) Astes des Facialis, erschwerter Gang und Gesichtshallucinationen.

Andrusski (Arch. Psich. Kow. T. II): Fall von idiopathischem, nach irgend einer fieberhaften Krankheit entstandenen und in 4 Monaten geheilten Schwachsinn.

Sowetow (Arch. Psich. Kow. T. II): Fall von primärer Verrücktheit mit stark ausgeprägtem Verfolgungswahn bei einem 26-jährigen, seit vielen Jahren epileptischen Kranken, in welchem die während der epileptischen Anfälle auftretenden Hallucinationen des Gesichtes und des Gehörs gleichfalls den Character der Verfolgung zeigten und die epileptischen Anfälle mit dem Auftreten der Geisteskrankheit aufhörten.

Danillo (Westn. Psich. Mersh. I) Fall von temporärer Aphasie bei einem 23-jährigen, an einem Aortenaneurysma leidenden Schriftsteller, der neuropathisch belastet, gemüthlich sehr erschüttert wurde.

Erlizki: acutes Delirium, diffuse Entartung der Gehirnarterien und herdartige Erweichung der Gehirnsubstanz (Westn. Psich. Mersh. I). Syphilitische Endarteritis, ein embolischer Herd in der dritten linken Stirnwindung einige □ Mm. gross mit Zerstörung der grauen und grauer Degeneration der darunterliegenden weissen Substanz, ein zweiter ähnlicher Herd mit erweichter Oberfläche links von der Mittellinie auf der Brücke. Im Leben Gesichts- und Gehörhallucinationen, Apathie. Der Tod erfolgt am Ende der 4. Woche nach Beginn der Krankheit durch Inanition. Ursache Syphilis, der harte Schanker 1877 acquirirt, 1878 Syphilis, 1880 Diplopie, Beginn der psychischen Störung im October 1882. E. macht darauf aufmerksam, dass solche schwere Formen von Hirnsyphilis nach leichten syphilitischen Symptomen oft bei intelligenten Personen, deren Gehirn einen locus minoris resistentiae bietet, vorkommen.

Andrusski (Arch. Psich. Kow. T. I): Fall von progressiver Irrenparalyse mit einem sehr langen luciden Intervall, das zu einer Zeit eintrat, wo die paretischen Erscheinungen sehr intensiv waren das Herz mangelhaft arbeitete und in den unteren Lungenabschnitten Oedem sich zeigte.

Platonow (Arch. Psich. Kow. I): 2 Fälle von gleichzeitig sich bei einem und demselben Individuum entwickelnder Epilepsie und primärer Verrücktheit.

Kowalewski (Med. Westn. №№ 2 und 3) Melancholie bei einem 11-jährigen, nicht erblich belasteten Gymnasiasten nach überstandener Diphtherie, Scharlach und Pneumonie. K. nimmt mit Meynert an, dass die Melancholie überhaupt in einem dyspnoischen Zustande der Rindencentren beruhe.

Platonow (Wr. Wed. №№ 11, 12, 13, 15) bringt 3 Fälle von primärer Verrücktheit mit Sectionsbefunden. In einem Falle fand sich: geringe Sclerose der Schädelknochen, die rechte Hemisphäre um $1^1/_2$ Cm. länger, und $1^3/_4$ Cm. breiter, als die linke, der rechte Occipitallappen massiver als der linke und von der Mittellinie des Kleinhirns um $1^1/_2$ Cm. abstehend, der linke Occipitallappen zugespitzt und um $2^1/_2$ Cm. abstehend, die Windungen rechts breiter, das Ammonshorn rechts massiver als links. — Im 2. Fall war Sclerose der Schädeldecken vorhanden, deren rechte Hälfte breiter als die linke, die linksseitigen Windungen, besonders die frontalen schmäler als rechts, starke Entwickelung des Gyrus präfornicatus links, das rechte Ammonshorn stärker gekrümmt als das linke, die rechte Grosshirnhemisphäre wog 560, die linke 481 Gramm. 3. Fall: Sclerose der Schädelknochen, ähnliche Asymmetrie beider Grosshirnhemisphären wie in den vorhergehenden Fällen. Es bestand somit in allen 3 Fällen ein Defect der Gehirnsubstanz mit ungleichmässiger Vertheilung, was die neuere Annahme, dass die primäre Verrücktheit eine degenerative Psychose sei, bestätigt.

II. Gerichtliche Psychiatrie.

Jak. Botkin (Arch. Psich. Kow. I): Fall von epileptischem Irresein; Begehen verschiedener Verbrechen im Laufe mehrerer Jahre während der Anfälle. 28-jähriger Mann.

Achscharumow (ibidem II): Fall von originärer Verrücktheit bei einem 30-jährigen Mädchen.

Kandinski (Arch. Psich. Kow. T. 2): ähnlicher Fall mit der Ostrowlewa.

Kowalewski (Juriditscheskoje Obosrenije [juridische Rundschau № 1] macht darauf aufmerksam, dass die nach Gehirnapoplexien nachbleibende Schwachsinnigkeit die betreffenden Personen unzurechnungsfähig macht, obgleich ihr körperlicher Zustand sie für ihre Handlungen scheinbar verantwortlich machen kann.

Slonimski: über die Irrengesetzgebung in Russland (Westn. Psich. Mersh. I), hält dieselbe für sehr reformbedürftig, namentlich tadelt er, dass über den Geisteszustand eines Kranken allendlich nicht die ihn untersuchende Commission, sondern der Senat entscheidet, welchem die Antworten des Kranken auf bestimmte (заурядные) Fragen zugeschickt werden, nach welchen er die Entscheidung fällt.

III. Irrenhäuser.

Berichte über die Abtheilungen für Geisteskranken in den Gouvernementslandschaftshospitälern von Charkow für 1882 (Andrusski Arch. Psich. Kow. T. I) und Bessarabien für 1882 (Lion Arch. Psich. Kow. I), über Ackerbaukolonien für Geisteskranke von Lion (Arch. Psich. Kow. I) und Ruma (das Landschaftsasyl und die Heilanstalt für Geisteskranke in Perm) und Pasternazki (Arch. Psich. Kow. II). Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

C. G. Rothe: Die Diphtherie, ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung. A. Abel. — Leipzig 1884.

Unter den neuesten Arbeiten über Diphtherie zeichnet dieses Buch sich besonders vortheilhaft aus. Auf etwa 90 Seiten hat es Verf. verstanden ein klares Bild über den jetzigen Stand der Diphtheriefrage, was die Aetiologie, Behandlung etc. betrifft, zu geben. Das Capitel über die Aetiologie hat Verf. mit besonderem Fleisse und unter Berücksichtigung der neuesten Literatur bearbeitet; in der so verwickelten Frage über Croup und Diphtherie nimmt Verf., gestützt auf genügende Gründe eine klar ausgesprochene Stellung ein. Die Principien der Behandlung sind einfach, die vorgeschlagenen Methoden den neuesten Anschauungen entsprechend, wenn auch etwas zu sanguinisch. Als einziger Fehler des Buches dürfte der Umstand anzuführen sein, dass die Krankheit selbst mit ihren verschiedenen Formen keine Berücksichtigung gefunden hat, sonst wäre das Buch als eine Monographie allen, die sich in der Diphtheriefrage schnell orientiren wollen, sehr zu empfehlen. L—n.

Binz: Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte und Studirende. I. Abtheilung. Berlin 1884. Hirschwald.

Vorliegendes Werk zeichnet sich vor allen anderen ähnlichen dadurch aus, dass es die Mittel in klinischer Form und Eintheilung vorführt, die zusammenhörigen Mittel auch zusammen in abgerundeter Form abhandelt und dem Leser ein ungemein deutliches Bild, so weit es möglich ist, von dem betreffenden φαρμακον entwirft. Ein eingehendes Kritisiren passt nicht in den Rahmen einer Anzeige und wäre unnütz, da Verf. sich nur auf die Wiedergabe des Feststehenden beschränkt. Zuerst wird die Zusammensetzung des Mittels und dann seine physiologische und klinische Anwendung in einer eleganten klar fasslichen Form gegeben. Wir begnügen uns den Inhalt der 1. Lieferung, welcher noch zwei folgen sollen, anzugeben und können das Werk nur dringend empfehlen.

1) Begriff der Pharmakologie, 2) die Anästhetica (Aether), 3) Chloroform, 4) Stickstoffoxydul, 5) Opium, 6) subcutane Morphiuminjection, 7) Chloralhydrat, 8) die Vergiftungen durch Morphin, Chloralhydrat und ähnliches, 9) Bromkalium, 10) Coniin, Piperin, 11) Curare, 12) Herba Lobeliae, Aconitin, 13) Veratrin, Helleborus, Colchicum autumnale, 14) Amylnitrit, Natriumnitrit, Nitroglycerin, 15) freies Jod, 16) Jodoform, 17) Jodkalium, 18) Deutung des

gehirnlähmenden Einflusses v. Jodoform, Brommetallen, Chloroform, Chloral und Stickoxydul, 19) Atropin, 20) Atropin und Muscarin. Hyoscyamin und Hyoscin, 21) Coffeïn. Kaffee und Thee als Genussmittel. Hz.

J. Maschka: Handbuch der gerichtlichen Medicin. 3 Bd. 8°. 703 S. 15 Holzschnitte. 4. Band 8°. 668 S. Tübingen 1882. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Mit den vorliegenden beiden Bänden ist das Handbuch abgeschlossen. Aus dem 3. Bande seien folgende Abschnitte hervorgehoben: Zwitterbildungen (Oesterlen), Zeichen der Jungfrauschaft etc. (J. Maschka), Leichenerscheinungen (J. Maschka), Knochen in gerichtsärztlicher Beziehung (C. Toldt), Kunstfehler der Aerzte und Wundärzte (Oesterlen), Kunstfehler in geburtshilflicher Beziehung (Säckinger). Der 4. Band handelt über Irrengesetzgebung etc. (L. Schlager), Kinder und Unmündige — Blödsinn und Schwachsinn (Emminghaus), Einfache Psychosen (Kirn), Psychische Entartungen (Gauster), Alcoholisches Irresein, Epilepsie, Hysterie etc. (v. Krafft-Ebing). Welchen Abschnitt man auch vornehmen mag, man wird gefesselt. Die Sorgfalt der Darstellung ist ersichtlich, das vorliegende Werk unterrichtet am Gründlichsten und in anziehendster Weise über das ganze Gebiet der gerichtlichen Medicin. Jeder Fachmann *muss* es besitzen, und jeder sonstige Interessent, der es sich anschafft, wird viel Belehrung und Anregung aus ihm schöpfen. S—t.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 10. October 1883.

Dr. von Grünewaldt berichtet über eine von ihm vor kurzem vorgenommene Enucleation eines Fibromyons bei einer 47 jährigen Frau; der Tumor sass an der rechten Uteruswand und zwischen den Blättern des Lig. latum und hatte die Grösse von 2 Fäusten. Die Operation nahm günstigen Verlauf, seitdem bis jetzt, am 6-ten Tage, kaum Fieber.

Dr. Assmuth berichtet über einen Fall von Gastrotomie. Eine 60 jährige Bäuerin lag seit Monaten im Obuchow-Hospital mit einer Strictur des Oesophagus. Da Pat. vor Jahren Kalilauge geschlukt hatte, wurde die Strictur damit in causale Beziehung gesetzt und Carcinom ausgeschlossen. Die Stenose lag tief, dicht über der Cardia, c. 27 Cm. von den Schneidezähnen nach der Sonde gemessen; letztere konnte die Strictur nicht passiren. Flüssigkeiten konnten aber geschluckt werden bis vor zwei Tagen, seitdem angeblich gar keine Nahrungsaufnahme. Trotz excessiver Schwäche, kaum fühlbarem Pulse wurde dem dringenden Verlangen nach Operation Folge gegeben und die Gastrotomie von Dr. Assmuth vollzogen. Die Chloroformnarkose während der Operationsdauer durch eine Stunde wurde gut vertragen. Der Schnitt wurde 1 Cm. vom Proc. xiphoideus längs des linken Rippenrandes 7 Cm. lang geführt. Der Magen war nicht ganz leer, daher leicht aufzufinden, aber da er stark nach links lag war das Hervorziehen desselben nicht ganz leicht. Die grosse Curvatur nahe beim Pylorus trat zuerst zu Tage, diese Partie wurde durch Praeliminarnäthe fixirt und zwischen zwei Pincetten eröffnet; er enthält c. 1 Glas voll Schleim und Milch. Die Erweiterung des Schnittes betrug etwa die halbe Länge des äussern Schnittes.

Nach der Operation sank die Körpertemperatur zum Abend auf 34,8°, aber die Kräfte waren eher besser und subjectives Behagen trat ein. Am nächsten Tage war der Puls gut, die Extremitäten warm, die Temperatur normal. Am Morgen des folgenden Tages trat doch Tod durch Entkräftung ein. Es war 6 Mal durch die Fistel Nahrung eingeflösst worden.

Die Section ergab Verdickung des Oesophagus in toto im Bereich des untern Drittels, derselbe in dichtes, festes, schwer zu durchschneidendes Gewebe umgewandelt, aber durchaus gleichmässige Schwellung, kein Tumor. Der Magen war nicht sehr eng, während im Leben seine Capacität sehr verringert erschien. Keine Peritonitis. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus.

Dr. Herrmann demonstrirt eine Reihe von Curventafeln welche die Frequenz der häufigeren Krankheitformen während 12 Jahren und die Mittelzahlen für die einzelnen Monate darstellen. Die Beobachtungen sind dem Material des Obuchow-Hospitals entnommen und bilden einen Theil einer Arbeit Dr. Herrmanns über statistische Erhebungen und aetiologische Forschungen, letztere mit besonderer Berücksichtigung meteorologischer Verhältnisse.

d. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Auszug aus den Protokollen praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 24. November 1882.

Dr. Bergmann verliest seinen Vortrag: Ueber Tubage des Kehlkopfs (Pet. Med. Wochenschr. 1883, № 18).

Vortragender giebt zunächst eine kritische Uebersicht über die einschlägige Literatur, knüpft daran theoretische Betrachtungen, um zum Schluss seine praktischen Erfahrungen über diese Behandlungsmethode darzulegen. Bei acut entstandenen Kehlkopfstenosen kann seiner Ansicht nach die Tubage nur beschränkte Anwendung finden, das eigentliche Gebiet für Tubage seien die chronischen Larynxstenosen (chronische Perichondritis und hypertrophische Laryngitis). Demonstration eines solchen mit Erfolg behandelten Falles.

Dr. Krannhals berichtet über einen Fall von Septicaemie nicht vollständig aufgeklärten Ursprungs (Pet. Med. Wochenschr. 1883, № 3): eine 28jährige Frau, die am 30. Juli 1882 normal niedergekommen und deren Wochenbett normal verlaufen, fühlte sich am 25. und 26. August krank, hatte subjectives Fiebergefühl, litt an Obstipation. Den 27. Aug. Wohlbefinden. Den 28. Aug. Mittags tritt am linken Unterarm ein flohstichähnlicher Fleck auf, der sich schnell vergrössert; Nachmittags heftiger Schüttelfrost. Vorübergehend tritt erysipelatöse Röthe des Unterarmes auf; Temperaturen hoch, täglich mehrere Typhusstühlen ähnliche Dejectionen; Milz nicht vergrössert. An einer Reihe von Gelenken tritt schmerzhafte Schwellung auf, am 6. September schiessen an der linken Schulter Blasen mit serösem, viel Mikrokokken enthaltendem Inhalt auf. Den 7. September Lungenödem, exitus letalis. Section nicht gestattet. — Infection mit Rotzgift nicht nachweisbar. Vortragender glaubt Infection an der Hand mit einem infectiösen animalischen Nahrungsmittel annehmen zu müssen, da eine 3jährige Tochter gleichzeitig mit der Mutter unter gastrisch-nervösen Erscheinungen erkrankte und eine 14tägige Krankheit mit Milzschwellung überstand.

Vortragender beobachtete ferner einen Fall von leichterer septischer Infection bei einem 50jährigen Herrn, der verdorbene Neunaugen gegessen hatte: Gastro-enteritis, häufige Schüttelfröste, nach acht Tagen Genesung.

Im Anschluss an diese Beobachtungen berichtet Dr. Rulle: Eine 24jährige Frau bekam am 11. Tage ihres bis dahin normal verlaufenen 3. Wochenbettes einen Schüttelfrost, Temp. 40,5. Leib nicht empfindlich, aus dem Uterus lässt sich eine sehr übelriechende rostfarbige Masse herausdrücken: Secal. cornut., Ausspülungen mit Carbolsäure. Nach 10 Tagen verlässt Patientin genesen das Bett. 3 Wochen später erkrankt Patientin wieder unter Schüttelfrost, Temp. 41,0, im Os uteri rostfarbene übelriechende Masse; Carbolirrigat. Remittirender Fieberverlauf, eine Reihe von Schüttelfrösten; mehrere Gelenke schwellen und werden schmerzhaft; über der rechten Tibia röthet sich und schwillt eine 4" lange Hautfläche, in deren Mitte eine Pustel; auch der Rücken einer Hand geröthet. Am 5. Krankheitstage Collaps und exit. let. Vortragender glaubt sich zur Diagnose Septicaemie berechtigt. Die Veranlassung könne sowohl ein Ueberbleibsel in den Genitalien von der ersten Erkrankung her sein, als auch eine neue Infection, da Pat. dasselbe Zimmer und dasselbe Bett benutzte, in welchem sie den ersten *Anfall* überstand.

Dr. Carlblom: er müsse den Fall von Dr. Rulle als puerperale Pyämie auffassen, es scheine ihm wahrscheinlich, dass ein verborgener Eiterherd durch Embolie und Thrombose die geschilderten Symptome veranlasst habe. Es sei praktisch, im Puerperium zwei Bilder, die Pyämie und Septicaemie, letztere mit sehr dubiöser Prognose, auseinander zu halten.

Dr. Hampeln will die von Dr. Krannhals und Dr. Rulle geschilderten Krankheitsfälle kryptogenetische Septico-Pyämie benennen. Pyämie und Septicaemie lassen sich seiner Anschauung nach nicht gut trennen, da *eine* Noxe beide Krankheitsbilder erzeuge. Dr. Hampeln bemerkt ferner, dass er in ähnlichen Fällen Hauthämorrhagien nie vermisst habe.

Dr. Miram hält den Fall von Dr. Rulle für Pyämie; im ersten Fall von Krannhals glaubt auch er Infection an der Hand annehmen zu müssen. Für den zweiten Fall könne noch immerhin Intermittens in Frage kommen. Hauthämorrhagien hält Dr. Miram für ein seltenes Symptom bei septischer Allgemeininfection; wogegen Dr. Hampeln bemerkt, dass auch Litten und Leube in solchen Fällen Hauthämorrhagien sahen. Dr. Krannhals verwahrt sich ferner gegen die Vermuthung, sein 2. Fall sei Intermittens gewesen: Die Milz war der Untersuchung gut zugänglich und entschieden nicht vergrössert.

Vermischtes.

— Dr. Sassezki, auch unseren Lesern durch eine Reihe fleissiger Arbeiten bekannt, ist am 3. März zum Privatdocenten der Milit.-Med. Academie gewählt worden. (Wr. № 10).

— Der bisherige Oberarzt des Militärhospitals in Riga, wirkl. Staatsrath Dr. Katché ist zum Corpsarzt des 2. Armeecorps ernannt worden; an seine Stelle ist der frühere Chefs des Medicinalwesens in Bulgarien, Dr. Grimm, getreten.

— Am 3. April starb hierselbst plötzlich der Leibocnlist des Kaiserlichen Hofes, Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités und der Hauptverwaltung der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes», Geheimrath Dr. Johann Kabat. Vor nicht langer Zeit, am 14. Februar c., beging der Dahingeschiedene sein 50-jähriges Jubiläum.

— In Charkow verschied am 29. März Dr. F. Lang, Arzt bei der dortigen Universität und dem II. Gymnasium. Die allgemeine Beliebtheit, welcher sich der Dahingeschiedene während seines Lebens und Wirkens erfreute, sprach sich auch bei seiner Bestattung deutlich aus. An der Feierlichkeit betheiligte sich die ganze Universität, die Stadtverordneten und ein zahlreiches Publicum.

Die Stadt hatte eine grosse weissseidene Fahne mit der Aufschrift «Von Allen und Jedem» dargebracht. Am Grabe wurden mehrere Reden von Professoren und Studenten gehalten.

— *Verstorben*: In Brest-Litowsk der jüngere Ordinator am dortigen Militärhospital Dr. O s e r s k i; in Omsk der jüngere Arzt des sibirischen Cadettencorps Dr. P o p o w und in Nowominsk (bei Warschau) Dr. M o n a c h o w — alle drei an der Lungenschwindsucht.

— Der bekannte Seelenriecher und Wollapostel Prof. J ä g e r hat in Folge von Conflicten mit dem Ministerium seine Stellung am Polytechnikum in Stuttgart und der Landwirthschaftlichen Anstalt zu Hohenheim aufgegeben.

— Die bei der Ober-Militär-Medicinalverwaltung bestehenden Posten von Consultanten für Ohrenkrankheiten und Syphilis sollen definitiv aufgehoben werden.

— Die gegenwärtig in St. Petersburg herrschende Masernepidemie ist eine sehr intensive. Die Zahl der Todesfälle ist auffallend gross (in der letzten Berichtwoche 18—24 März 52 Sterbefälle), namentlich in den Kinderhospitälern. Die «Gesellschaft zur Fürsorge für arme und kranke Kinder» beabsichtigt in den nächsten Tagen ein temporäres Masernhospital zu eröffnen. I. Maj. die *Kaiserin* hat zur Einrichtung dieses Hospitals 1500 Rbl. gespendet.

— Wie wir der «Russ. Med.» entnehmen, ist vor Kurzem die *Erhöhung der Besoldung der Aerzte des Marine-Ressorts* verfügt worden.

Nach dem neuen Etat besteht die Besoldung der Marineärzte aus dem Gehalt, den Tafelgeldern und den Verpflegungsgeldern während der Seefahrten, und zwar werden die Aerzte nach den verschiedenen Kategorien erhalten

Gehalt:

I. Kategorie 2060 R., II. —1760, IV.—1290, V.—975, VI.—765 R.

Tafelgelder:

I. Kategorie 2100 R., II.—1500, IV.— 900, V.—600, VI.—300 R.

Für die kaspische und sibirische Flotille gelten die verstärkten Etats und zwar erhalten die Aerzte der kaspischen Flotille III. Kategorie 1670 Rbl., V. Kategorie 1200 Rbl. 90 Kop. und VI. Kategorie 945 Rbl. 90 Kop. an Gehalt, die der sibirischen Flotille aber in den entsprechenden Kategorien 1820 Rbl., 1434 Rbl. und 1181 R. Die Tafelgelder betragen in der sibirischen Flotille für die Aerzte der V. Kategorie 901 Rbl., für die der VI. — 540 Rbl.

— Neuesten Nachrichten zufolge befindet sich die deutsche Cholera-Commission bereits auf der Rückreise aus Indien. In Berlin hat sich ein aus angesehenen Aerzten bestehendes Comité gebildet, welches Vorkehrungen zum festlichen Empfange der heimkehrenden Collegen trifft.

— Wie der «Wratsch» erfährt, wird in nächster Zeit ein *Concurs für die bei der militär-medicinischen Academie gestiftete grosse Prämie* des Prof. S a g o r s k i im Betrage von 7000 Rbl. ausgeschrieben werden. Die Prämie kann entweder ungetheilt einer Person, oder theilweise mehreren Personen (jedoch nicht weniger als 600 Rbl.) zugesprochen werden. Sie ist für Originalarbeiten in russischer Sprache aus dem Gebiete der verschiedenen Zweige der Anatomie, der allgemeinen beschreibenden pathologischen, vergleichenden oder topographischen Anatomie bestimmt. Die Abhandlungen müssen klar, bündig und das Thema erschöpfend abgefasst sein. Gedruckte Abhandlungen müssen in 10 Exemplaren, die Manuscripte aber mit einer Devise versehen, bis zum 1. September 1887 d. h. 9 Monate vor der Vertheilung der Prämie eingereicht werden. Zur Bewerbung um die Prämie werden auch Personen zugelassen werden, welche die Herstellungsmethoden für anatomische Präparate vervollkommnet haben. Muster von solchen Präparaten sind bei der Bewerbung um die Prämie vorzustellen.

— Zur Feier des 300jährigen Jubiläums der Universität zu Edinburgh wird Prof. H o f f m a n n von Seiten der Universität Dorpat abdelegirt, um eine Votivtafel zu überreichen.

— Die «A. m. C.-Ztg.» reproducirt in ihrer № 25 einen Artikel aus dem in Calcutta erscheinenden Journal „*Englishman*", aus dem hervorgeht, dass die Entdeckung des Ursprungs der Cholera durch die deutsche Commission in ganz Indien grosses Aufsehen gemacht hat. «Deutschland», heisst es in diesem Artikel, «hat dadurch die indische Regierung tief beschämt, dass es auf seine Kosten eine Commission zum Studium jener Krankheit nach Indien und Egypten sandte, welche in Calcutta und vielen anderen Orten Indiens sehr selten fehlt. Die indische Regierung hat nichts zur Untersuchung der Cholera gethan, sondern hat es mit unvergleichlicher Ruhe dem Wissensdurst u. Unternehmungsgeist der Deutschen überlassen, die Cholera zu studiren.» Es folgt nun eine Schilderung der Entdeckung der Bacillen in dem Körper der Cholerakranken, worauf es weiter heisst: «In Indien wurden Untersuchungen des Wassers in den Flüssen, Cisternen und Brunnen angestellt, mit keinem Resultat bis zur letzten Woche, wo die Anstrengungen der Herren K o c h, F i s c h e r und G a f f k y von Erfolg gekrönt wurden. Es wurde ein Ausbruch der Cholera gemeldet und constatirt, dass in allen 16 Fällen die Erkrankten in der Nähe der *Baliaghatta-Cisterne* wohnten. Das Wasser dieser Cisterne wurde untersucht und die Bacterien in Menge gefunden[1]). Es vermindert den Glanz der Entdeckung der Herren Dr. K o c h und Collegen nicht im Mindesten, dass es bereits bekannt war, dass die Cholera durchs Wasser fortgepflanzt wird. *Das Verdienst der Entdeckung bleibt*, dass thatsächlich die Mikroorganismen gleichartig vorhanden gefunden wurden in allen wirklichen Cholerafällen und dass dieselben in dem Wasser gefunden wurden, welches die Kranken beim Ausbruch der Krankheit benutzten. Ohne Zweifel bleibt noch sehr viel zu erforschen, aber die Existenz der Bacterien ausserhalb der Körper der Menschen und Thiere, mit ihrer Bereitschaft, zu jeder Zeit ihren Einfluss auszuüben und die giftige Krankheit zu übertragen, nachgewiesen zu haben, ist ein Schritt vorwärts gegen Alles, was bisher bekannt war. Sind die Untersuchungen (über die Lebensbedingungen der Bacterie, Uebertragung der Cholera-Bacillen auf Thiere), mit welchen die deutschen Aerzte jetzt noch beschäftigt sind, mit Erfolg beendet, so hat die Commission ein Werk vollbracht, das in der Geschichte des Jahrhunderts aufgezeichnet wird....»

«Wahrscheinlich», heisst es zum Schluss, «wird es die indische Regierung auch Dr. K o c h und seinen Gefährten oder irgend einer anderen Commission überlassen, die Entstehungsursachen des gelben Fiebers zu erforschen.»

[1]) Durch den neuesten Bericht K o c h's, welchen wir in nächster № bringen, wird diese Darstellung nicht in vollem Umfange bestätigt. Red.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 1. April 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	3091	1842	4933
Kinderhospitäler	152	188	340
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	271	134	405
Scharlach	18	23	41
Pocken	2	7	9
Venerische Krankheiten	520	407	927

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 25. bis 31. März 1884 besucht von 2909 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1102.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 25. bis 31. März 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
426	329	755	147	72	163	10	12	29	86	53	50	47	41	31	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 2, Masern 51, Scharlach 10, Diphtherie 16, Croup 1, Keuchhusten 9, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 35, andere Gehirnkrankheiten 33, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 29, acute Entzündung der Athmungsorgane 105, Lungenschwindsucht 137, andere Krankheiten der Brusthöhle 16, Gastro-intestinal-Krankheiten 125, andere Krankheiten der Bauchhöhle 20, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 56, Marasmus senilis 27, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 8.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	9—15 März	181 732	92	9	26,3	9,6	36,0
Kopenhagen. .	12—18 März	267 000	114	9	22,2	7,9	43,3
Berlin	16—22 März	1 225 065	551	88	23,4	16,0	35,3
Wien	16—22 März	759 849	468	34	32,0	7,3	36,2
Brüssel . . .	9—15 März	171 293	90	11	27,3	12,3	34,6
Paris	14—20 März	2 239 928	1139	156	26,5	13,6	29,6
London . . .	16—22 März	4 019 361	1588	236	20,6	15,1	34,4
St. Petersburg	23—29 März.	928 016	697	120	39,0	17,2	32,3

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1884.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5 Апрѣля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Neue Folge. **St. Petersburger** **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction
von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 15. **St. Petersburg, 14. (26.) April** **1884.**

VIRO CLARISSIMO ET ERUDITISSIMO
DOCTORI

FRIDERICO HENRICO BIDDER

DIEI
QUO SUMMIS IN MEDICINA HONORIBUS ORNATUS EST
QUINQUAGESIMUM REDITUM
RITE CELEBRANTI
VOTIS OPTIMISQUE OMINIBUS CONGRATULANTUR
EPHEMERIDIS MEDICAE PETROPOLITANAE REDIGENDAE SODALES.

Quinquaginta anni quoniam praeterierunt, ex quo summi in medicina honores in Te conlati sunt, ne nos quidem collegae Petropolitani hunc diem praetermittendum duximus, quin gratias Tibi ageremus quam amplissimas, memores egregiorum Tuorum nostram in ephemeridem medicam meritorum. Quae ut primum a discipulis Tuis condita laeta cepit incrementa, ad hunc usque diem per octo annorum spatium ita perducta est, ut Te quoque non irritam fuisse, quam in animis nostris fecisti sementem, arbitraturum sperare audeamus.

Jam si Tibi haec legenti quodpiam innascatur gaudium, quod Tuo studio Tuoque labore viri ad altissimam artem et scientiam exercendam compulsi sunt, quod porro iisdem Te maxime duce magistroque quid quantumque valeret disciplina physiologica, reliquarum disciplinarum facile fundamentum, perspicere licuit, nos, quos Te semper pientissimis animis culturos esse persuasum habeas, non nihil profecisse existimemus.

Vale nobisque favere perge.

PETROPOLI, die XII mensis Aprilis anni MDCCCLXXXIV.

Bericht über 128 Ovariotomien. Von Dr. A. I. Krassowski.

№ d. Operation	Ort und Zeit der Operation.	Ein- oder beiderseitige Ovariotomie.	Lebensalter.	Verheirathet oder ledig.	Erste Menstruation.	Menstruation während der Krankheit.	Dauer der Krankheit. Allgemeiner Zustand der Patienten.	Die vor der Operation eingeschlagenen Curmethoden.	Diagnose.	Schnittlänge.	Verwachsungen und andere Complicationen.
1	Academ. Frauen Klinik (separ. Zimmer) 23/12. 62.	Einseitige Ovariotomie	25 J.	Jungfrau.	Mit 14 Jahren	Ausgeblieben vom August 1862.	2 Jahre. Stark ausgesprochene Entkräftung.	Therapeutische.	Dreikammerige Cyste des linken Ovariums; Inhalt flüssig; vermuthlich ohne Verwachsungen.	12 Ctm.	Keine.
2	Ibidem 15/2 1864	Idem.	39 J.	Jungfrau.	Mit 16 Jahren	Vom Februar 1863 an unregelmässig, v. Sept. 1863 an vollst. Ausbl.	2 Jahre. Starke Abmagerung.	Idem.	Einfache Colloidcyste des linken Ovariums, verwachsen mit der vorderen Bauchwand.	18 Ctm.	Schwache, leicht ablösbare di Verklebung mit der vorde Bauchwand.
3	Ibidem (separ. Zim.) 17/5 1864	Idem.	30 J.	Unverheirathet.	Mit 15 Jahren	Regelmässig.	9 Jahre. Mässige Abmagerung.	2 Punctionen. Bei d. 1. d. 11. Mai 60 wurden 30 u. bei d. 2. den 15. August 1861 48 Pfd. Flüssigk. entl.	Cyste des linken Ovariums mit flüssigem Inhalt ohne Verwachsungen.	11 Ctm.	Keine.
4	Ibidem 22/2 1865	Idem.	35 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren	Unregelmässig, von Schmerz begleitet.	1½ Jahre, Relativ guter allgemeiner Zustand.	Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums, ohne Anlöthung an die vordere Bauchwand.	20 Ctm.	Leicht ablösbare Verwachsun mit der vorderen Bauchwand. Ligaturen aus «fil de Flore an das angewachsene Omen angelegt, dessen Verwachsun mit dem Lig. latum mittelst Ec seur durchtrennt. Während d. E fernung d. Cyste platzte diesel
5	Ibidem 10/3 1865	Idem.	36 J.	Verheirat. 1 gl. Niederkunft.	Mit 15 Jahren	Regelmässig.	8 Jahre. Allgemeinbefinden gut.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums, ohne Adhäsionen.	12 Ctm.	Leicht zu lösende Verwachsun mit dem Omentum. An die fe Adhäsionen mit dem Uterus w den eine Ligatur «en masse» 2 partielle angelegt.
6	Ibidem (Dr. Massolowski) 2/10 65	Bilaterale Ovariotomie	30 J.	Verheirathet, nie geboren.	Mit 17 Jahren	Nicht vorhanden.	2½ Jahre. Blutarm.	Idem.	Uniloculäre Cyste des rechten Ovariums (serös), vermuthlich ohne Verwachsungen; zugleich kleine Cyste des linken Ovariums.	13,5 Ctm.	Kleine Cyste des linken Ovari mit entfernt.
7	Ibidem 25/2 1866	Einseitige Ovariotomie	15 J.	Nie geboren	Mit 14 Jahren	Blieben 2 Monate vor der Operation aus	1½ Jahre.	Idem.	Uniloculäre Cyste des linken Ovariums.	10,5 Ctm.	Anlöthungen ans Omentum Baker-Brown abgebrannt.
8	Ibidem 4/6 1866	Bilaterale Ovariotomie	30 J.	Verheirathet, nie geboren	Unbekannt.	Regelmässig.	6 Monate. Allgemeinzustand gut.	Idem.	Uniloculäre Cyste des rechten Ovariums, wahrscheinlich mit dem Peritonäum der Beckenhöhle verwachsen.	10 Ctm.	Ausgedehnte leicht ablösbare V wachsung mit dem Peritonäum Beckens. Feste Verwachsung dem rechten Rand des Uterus Hanfligaturen. Nach Exstirpat des einen Theils der Cyste der andere im Zusammenhang dem Uterus im Becken zur Kleine Cyste des linken Ovari zugleich entfernt.
9	Spital in Zarskoje-Sselo 24/6 1866	Einseitige Ovariotomie	42 J.	16 J. verheirathet, nie geboren.	Mit 16 Jahren	Idem.	15 Jahre, stark abgemagert.	2 Punctionen; Bei der 1. 100 und bei der 2. 46 Pfd. flüssiger Inhalt entleert.	Uniloculäre Colloidcyste d. rechten Ovariums, wahrscheinlich ohne Verwachsungen.	16 Ctm.	Keine.
10	Ibidem 26/7 1866	Beiderseitige Ovariotomie	22 J.	Jungfrau.	Mit 14 Jahren	Regelmässig. spärlich.	4 Jahre, stark abgemagert.	Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste, nicht zu bestimmen von welchem Ovarium (es erwies sich des linken), wahrscheinlich ohne Verwachsungen.	17 Ctm.	Kleine Cyste des anderen (recht Ovariums auch entfernt.
11	Ibidem 26/7 1866	Einseitige Ovariotomie	20 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren	Unregelmässig.	4 Jahre. Erscheinungen von hektisch. Fieber.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste, unentschieden von welchem Ovarium (des linken, wie es sich erwies) mit Verwachsungen.	17 Ctm.	Leicht ablösbare Verwachsu mit Peritonäum, Omentum und ber. Wegen zu grossen Um der harten Theile der Cyste längerung des Schnittes fas zum Processus ensiformis
12	Ibidem 24/8 1866	Idem.	34 J.	17 J. verh., 1 Mal gl. geb. u. ein Abort.	Mit 14 Jahren	Oefter als normal.	3 Monate. Blutarm.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums ohne Verwachsungen.	10 Ctm.	Die leichte Zerreissbarkeit Wände der Cyste complicir Exstirpation.
13	Ibidem 24/8 1866	Idem.	25 J.	Nie geboren	Mit 12 Jahren	Sistirten vor 4 Jahren.	5 Jahre. Hochgradige Abmagerung.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums.	22 Ctm.	Die Adhäsion mit dem Om theils abgebrannt, theils perdu» ligirt. Die Adhäsi dem Peritonäum abgebra

I. Vollständige Ovariotomien.

Der Stiel und die Art der Trennung desselben.	Die Art der Vereinigung der Wunde.	Dauer der Operation.	Das Gewicht der Cyste mit dem Inhalte in Gramm.	Ausgang der Operation.	Bemerkungen.
gemeine und 2 partielle Li- iren an den dünnen, langen angelegt. Geshwulst mit Ecraseur entfernt; Einnä- des Stieles in die Wunde.	5 umschlungene das Peritonäum durchdringende u. 13 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	1½ Stunde.	8568	Genesung. Prima intentio fast auf der ganzen Dimension der Wunde. Alle Nähte den 10. Tag entfernt. Geringa Reaction	Nach der Genesung blieb eine Lageabweichung des Uterus nach.
ner langer Stiel in d. Clamp Autors eingeklemmt; die :hwulst mit dem Messer entfernt.	7 umschlungene (das Peritonäum durchdringende) und 11 Metall-Knopfnähte.	1½ Stunde.	12648	Tod den 4. Tag nach der Operation. Section: diffuse fibrinöse exsudative Peritonitis.	—
sselbe wie in dem 2. Fall.	5 umschlungene (durch das Peritonäum) und 6 oberflächliche Knopfnähte.	1 St. 20 Min.	16320	Tod 27 Stunden nach der Operation. Die Section ergab eine geringe Entzündung des Dünndarm-Peritonäums.	Die Cyste stammte a. d. linken Parorarium. Wahrscheinliche Ursache d. Todes war Einklemmung und Spannung des kurzen Stieles.
rtielle Ligaturen aus «fil Florence» an den kurzen, isen Stiel, die Enden kurz eschnitten, Stiel versenkt.	3 umschlungene (das Peritonäum mitfassende) und 14 Knopfnähte.	3 Stunden.	6120	Tod den 3. Tag nach der Operation. Sectionsbefund: Blutung aus dem unterbundenen Omentum und Stiel.	—
pelte seidene Ligatur an dünnen, langen Stiel, Cyste ittelst Ecraseur entfernt.	Aus «fil de Florence» 4 tiefe (durch das Peritonäum) und 12 oberflächliche Knopfnähte.	3 Stunden.	13852	Heftige Peritonitis, Eitersenkung ins Cavum präperitonäale Retzii. Vollständige Genesung den 56. Tag nach d. Operation.	Ein Jahr später benachrichtigte uns die Patientin, dass sie sich eines vollständigen Wohlbefindens erfreue.
rennen des Stieles der rech- Cyste. Hanfligatur «a fil lu» an den kurzen Stiel der linken Cyste.	3 tiefe (durch das Peritonäum) und 6 oberflächliche Metall-Knopfnähte vermitrelst d. Hartenschen Nadel nach Angabe von Baker-Brown.	65 Minuten.	Beide Cysten mit d. Inhalte 15708 Gramm.	Genesung.	—
Abbrennen des Stieles.	3 tiefe (durch das Peritonäum) und 5 oberflächliche Nähte, wie sub № 6.	1 St. 15 Min.	6636	Genesung.	—
die kurzen Stiele der beiden sten Hanfligaturen «en masse» a fil perdu.	3 tiefe nach Köberle (das Peritonäum nicht mitfassende) und zwischen ihnen 6 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	1 St. 30 Min.	6120	Tod 45 Stunden nach d. Operation, ohne dass während des Lebens Peritonitis diagnosticirt werden konnte, die durch die Section constatirt wurde.	Das Haupthinderniss bei der Operation war die feste Verwachsung der Cyste mit dem Uterus.
rennen des kurzen, breiten :ieles nach Baker-Brown.	5 tiefe (durch das Peritonäum) und 6 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	¾ Stunden.	22848	Genesung. Geringe Reaction, Nähtc den 6. Tag entfernt.	—
Beide Stiele abgebrannt.	3 tiefe (durch das Peritonäum) und 5 oberflächliche Nähte.	1 Stunde.	Beide Cysten mit d. Inhalte wogen 16116	Genesung. Die Wunde heilte per primam.	Rasche Genesung.
dünne, kurze Stiel abge- nt und die Blutung aus d. rfe mit dem schnabelför- nigen Glüheisen gestillt.	5 tiefe (durch das Peritonäum) und 7 oberflächliche Nähte.	1 St. 15 Min.	15912	Genesung. Gleich nach d. Operation ausgesprochener Kräfteverfall. Zuletzt parametritischer Abscess, der sich per Rectum entleert.	—
Idem.	3 tiefe (durch das Peritonäum) und 4 oberflächliche Nähte.	½ Stunde.	6528	Genesung.	—
Abbrennen des Stieles.	6 tiefe (durch das Peritonäum) und 7 oberflächliche Nähte.	2 St. 10 Min.	29376	Sehr langsame Genesung.	—

14	Ibidem 31/8 1866	Bilaterale Ovariotomie	45 J.	Idem.	Mit 13 Jahren	Unregelmässig.	2 Jahre. Allgemeinzustand befriedigend.	Idem.	Multiloculäre Cyste mit colloidem Inhalte, unentschieden welchen Ovariums, wahrscheinlich mit Verwachsungen.	20 Ctm.	Leicht zu lösende Adhäsionen dem Peritonäum, während der sung platzte die Cyste. Entfern eines subperitonäalen Uteru broides mit Koeberle's „serr noeud". Nachfolgende Blutung schnabelförm. Glüheisen gesti
15	Ibidem 3/9 1866	Idem.	22 J.	Verheirathet, nie geboren.	Mit 11 Jahren	Idem.	1 Jahr. Beginnende rasche Abmagerung.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste, unentschieden von welchem Ovarium ausgehend.	20 Ctm.	Statt einer Cyste des einen Ov ums fanden sich zwei fast glei grosse Cysten beider Ovarien. Cysten lagen fest an einander und zwischen ihnen Darmschl gen. Leicht zu lösende Adhäsion mit dem Omentum.
16	Ibidem 16/10 1866	Einseitige Ovariotomie	35 J.	Verheirathet, 4 Mal geb.	Unbekannt.	Regelmässig.	18 Monate. Ausgesprochene Abmagerung.	Idem.	Uniloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums, wahrscheinl. mit einem langen Stiele und ohne Verwachsungen.	10 Ctm.	Unbedeutende Adhäsion mit d Omentum, mit dem Ecraseur abgetrennt.
17	Ibidem 16/10 1866	Idem.	33 J.	Verheirathet. nie geboren.	Idem.	Von Anfang der Krankheit an unregelmässig.	18 Mon. Ausgespr. Abmag. Verdichtung i. d. ob. Th. d. rechten Lunge schon seit 12 J.	Idem.	Colloidcyste des rechten Ovariums mit flüssigem Inhalte, wahrscheinlich ohne Verwachsungen.	12 Ctm.	Keine Verwachsungen. 2 Fibro und eine Cyste auf dem Fun uteri. Ausschälung des 1., A schneiden des 2. Fibromyom Hartnäckige Blutung aus d. St des 1. Fibromyom. Glüheisen u Tamponade.
18	Ibidem 20/5 1867	Idem.	23 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren	Blieben 6 Monate vor der Operation aus.	2 J. Starke Abmagerung.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums besitzt einen langen Stiel, ohne Verwachsungen.	12 Ctm.	Diffuse leicht zu lösende Adhä nen mit Peritonäum, Omentum Darmschlingen. Berstung d Cyste.
19	Ibidem 27/5 1867	Idem.	24 J.	Verheir., nie geb.	Mit 15 Jahren	Menstruation war öfters u. reichlicher.	1 Jahr. Beginnende Abmagerung.	Idem.	Uniloculäre Colloidcyste des linken Ovariums mit kurzem Stiel ohne Verwachsungen.	10 Ctm.	Keine.
20	Academ. Frauenklin. 31/8 67	Idem.	18 J.	Jungfrau.	Mit 14 Jahren	6 Monate vor der Operation sistirt.	18 Monate.	Keine.	Colloidcyste d. rechten Ovariums mit ziemlich langem Stiel ohne Verwachsungen.	13 Ctm.	Circumscripte leicht lösbare A häsion mit dem Omentum.
21	Ibidem 16/10 1867	Idem.	54 J.	Idem.	Mit 14 Jahren	Im 47. Jahre ausgeblieben.	3 Jahre.	Theurapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums mit langem Stiel, vermuthlich ohne Adhäsionen.	14 Ctm.	Unbedeutende leicht lösbare A häsionen mit Peritonäum u. Col 2 Ligaturen angelegt, deren En nach aussen geführt wurden
22	Ibidem 22/2 1868	Idem.	27 J.	2 Mal geboren.	Mit 14 Jahren	Blieben 17 Monate vor der Operation aus	2 Jahre.	Idem.	Uniloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums mit nicht kurzem Stiel.	15 Ctm.	Diffuse, feste Adhäsionen m Omentum und Bauchwand, Hand, Messer und Glüheisen dur trennt.
23	Ibidem 7/3 1868	Idem.	36 J.	Nie geboren.	Unbekannt.	Zu oft.	2 Jahre. Zustand befriedigend.	—	Colloidcyste d. rechten Ovariums, mit vielen kleinen in die Wand eingebetteten Cysten, mit nicht kurzem Stiel u. wahrscheinl. mit Adhäsionen an die Bauchwand.	12 Ctm.	Diffuse ziemlich derbe leicht l bare Adhäsionen mit der vorder Bauchwand.
24	Privatpraxis. 9/3 1868	Beiderseitige Ovariotomie	32 J.	Verheirathet, 2 Mal geboren.	Idem.	Regelmässig.	2 Jahre. Entkräftet.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste, nicht entschieden von welchem Ovarium ausgehend, mit nicht kurzem Stiel und Adhäsionen.	15 Ctm.	Diffuse bandartige Adhäsionen der vorderen und seitlichen Bau wand schwer mit der Hand gel Grosse Quantität colloider Flüs keit in der Bauchhöhle. Cyste anderen (linken) Ovariums. 2 loidcysten des Peritonäums
25	Spital in Zarskoje-Sselo. 16/6 1868	Idem.	45 J.	Verheirathet, nie geboren-	—	Regelmässig, blieben seit August 1867 aus.	1½ Jahre. Ausgesprochene Abmagerung. Oedem der Füsse.	—	Vermuthlich eine multiloculäre Colloidcyste des rechten Eierstockes, Verwachsungen zweifelhaft.	25 Ctm.	Schwache leicht lösbare perit ale Verwachsungen der gan Fläche der oberen Abtheilung Cyste entsprechend. Das ober der Cyste in dieselbe tiefer sunkene Lig. rotundum he wurde mit Mühe befreit. gänseeigrosse Cyste des lin Ovarium ebenfalls entfernt
26	Frauen-Spital der med.-chirur. Acad. 27/9 1868	Einseitige Ovariotomie	28 J.	Verheirathet, 3 Mal geboren: I. 1862 II. 1864 III. 1866.	Unbekannt.	Regelmässig, zuletzt den 10. Aug. 1868	4 Jahre, Allgemeine Schwäche und Abmagerung.	Therapeutische.	Colloidcyste unbestimmt welchen Ovariums (es erwies sich des rechten). Wahrscheinlich Verwachsungen rechts oben und in der Nabelgegend.	13 Ctm.	Schwache Verwachsungen in Nabelgegend, in der linken H des Bauches, mit dem Omen und festere Verwachsung n oben mit d. Bauchwand. Blut Verlängerung des Schnittes Ctm. Ligatur en masse dreier tender Venen in d. Nabelgeg d. Ligaturenden durch den un Wundwinkel herausgeführt; tur an ein blutendes arter. St chen d. Omentum, d. Enden den oberen Winkel herausgef

rennen der Stiele beider Ovarialcysten.	5 tiefe das Peritonäum mitfassende u. 7 oberflächliche Nähte.	1 St. 3 Min.	15912	Tod den 7. Tag infolge von Enteroperitonitis.	Bei der Section keine Spur von Uterusentzündung ungeachtet der Cauterisation.
Stiele beider Cysten abgebrannt.	5 tiefe (durchs Peritonäum) u. 7 oberflächliche Nähte.	2 Stunden.	Gewicht der beiden Cysten mit dem Inhalte 7344	Genesung.	Bemerkenswerth ist, dass die zweite Cyste nach Entleerung der 1. Cyste eine 2. Abtheilung der letzteren simulirte, so dass bei einer, von Innen her ausgeführten Punction der 2. Cyste die zwischenliegenden Darmschlingen hätten beschädigt werden können.
Abbrennen des Stieles.	3 tiefe (durchs Peritonäum) u. 4 oberflächliche Nähte.	35 Minuten.	8160	Tod 3 Wochen nach d. Operation infolge von Enteroperitonitis complicirt mit Bronchopneumonia.	—
Idem.	3 tiefe (durchs Peritonäum) u. 5 oberflächliche Nähte.	2½ Stunden.	8160	Enteroperitonitis. Tod 36 Stunden nach der Operation.	Fibroide und Cyste auf dem Fundus uteri während d. Operation constatirt. Die Cyste des linken Parovariums wurde aber bei der Section gefunden.
Idem.	4 tiefe (durchs Peritonäum) u. 6 oberflächliche Nähte. Der untere Wundwinkel wurde 4 Ctm. lang offen gelassen.	1 St. 35 Min.	13056	Collapsus. Tod 15 Stunden nach der Operation.	—
Idem. Cyste wurde zuvor mittelst Ecraseur entfernt.	4 tiefe (durchs Peritonäum) u. 5 oberflächliche Nähte.	1 St. 5 Min.	11016	Peritonitis. Tod den 4. Tag nach der Operation.	—
rennen des gefässreichen Stieles.	3 tiefe (das Peritonäum nicht mitfassende) und 6 oberflächliche Nähte.	1 St. 5 Min.	16320	Genesung.	Wahrscheinlich wurde d. Operation im Incubationsstadium des Typhus vollführt.
rennen des Stieles; Blutung dem Schorf, wiederholtes Abbrennen.	3 tiefe (das Peritonäum nicht mitfassende) und 5 oberflächliche Nähte.	2 St. 15 Min.	—	Genesung. Die an die Adhäsion mit dem Peritonäum angelegte Ligatur löste sich den 5. Tag. Die 2. an die Adhäsion mit dem Colon angelegte Ligatur wurde mittelst schneidender Canüle am 15. Tag entfernt.	In diesem Falle wurde die schneidende Canüle zur Entfernung von Ligaturen in tiefen Höhlen zum ersten Mal angewandt.
rennen d. *Stieles.* Blutung dem *Schorf,* wiederholtes Abbrennen.	5 tiefe (das Peritonäum nicht mitfassende) und 6 oberflächliche Nähte.	2 Stunden.	26928	Genesung.	Hier wurde zum ersten Mal der Clamp des Dr. Mierszziejewski versucht.
rennen des langen dicken Stieles.	4 tiefe (das Peritonäum nicht mitfassende) und 5 oberflächliche Metallnähte.	45 Minuten.	10608	Genesung.	—
i Mal wiederholtes Abbrenles dicken, breiten, sehr gereichen Stieles. Ohne Erfolg rmals wiederholte Cauterin d. blutenden Arterie mit abelförmigem Glüheisen. tur „en masse" d. blutenArterie, d. Enden d. Ligaach aussen geführt. Aben des Stieles des linken Ovariums.	3 tiefe (das Peritonäum mitfassende) und 5 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	2 St. 15 Min.	Beide Cysten wogen 13054	Tod 30 Stunden nach der Operation.	—
a. langer, breiter, saftiger der rechten Cyste in den p gefasst und abgebrannt; d. kurze, nicht gefässe, 1½ Ctm. lange Stiel d. linken Cyste.	6 oberflächliche und 7 tiefe Nähte, 3 der letzteren fassten das Peritonäum mit.	1 Stunde.	17189	Tod 57 Stunden nach der Operation. Autopsie. Peritonitis exsudativa.	Die Cyste erwies sich als eine colloide, multiloculäre. Die linke Cyste war mit einer grossen Menge kurzer Haare gefüllt und wog ½ Pfd.
h den ziemlich langen, en, aber gefässreichen 2 Ligaturen durchgeführt . Stiel zugeschnürt; die renden durch d. unteren Vinkel herausgeführt.	4 oberflächliche u. 3 tiefe, das Peritonäum nicht mitfassende Nähte.	1 St. 30 Min.	16579	Vollständige Genesung in 4 Monaten. Geringe Reaction. Es bildeten sich etliche Abscesse längs dem Wundrande.	Uniloculäre Cyste, die in der Wand Conglomerate kleinerer Cysten enthielt.

27	Ibidem 3/10 1868	Idem.	28 J.	Unverheirathet, nie geboren.	Mit 17 Jahren künstlich hervorgerufen.	Regelmässig, spärlich, den 9. September 1868 zum letzten Mal.	12 Jahre. Stark ausgesprochene Chlorose und Abmagerung.	Idem.	Colloidcyste unbestimmt welches Ovariums, wahrscheinlich multiloculär (bei d. Operation erwies sie sich als rechtseitig und zweikammerig). Keine Verwachsungen.	12 Ctm.	Keine Verwachsungen.
28	Ibidem 24/10 1868	Idem.	34 J.	Verheirathet, nie geboren.	—	Regelmässig, zuletzt im September.	2 Jahre. Allgemeine Schwäche und Abmagerung.	Idem.	Mittelgrosse Cyste des rechten Eierstockes, vermuthlich mit flüssigem Inhalte, ohne Verwachsungen.	15 Ctm. (in 2 Absätzen)	Keine Verwachsungen. Vol… nöses Conglomerat an der hint… Wand d. Cyste, der Schnitt u… Ctm. verlängert.
29	Ibidem 31/10 1868	Idem.	33 J.	Verheirathet, 7 Mal geboren.	Mit 16 Jahren	Regelmässig, spärlich zuletzt den 12. Oct. 1868.	5½ Jahre. Sehr ausgesprochene Abmagerung.	—	Colloidcyste, wahrscheinlich des linken Ovariums, ohne Verwachsungen.	16 Ctm. (in 2 Absätzen)	Membranartige, gefässreiche V… wachsungen mit dem ausgedeh… und entarteten Omentum mit… Hand abgelöst. Seidene Ligatu… an die blutenden Enden. Bre… fleischartige Verwachsung mi… Uterus und d. Harnblase in d. … eines Stieles. Doppelte Ligat… die Cyste abgeschnitten, d. En… d. Ligatur nach aussen geführt… der Pseudostiel nach Köberle … Eisendraht in dem unteren Wu… Winkel befestigt. Der wahre S… mit dem Ecraseur gefasst und… geschnitten. Die Verwachsung… dem Omentum abgebrannt und… her d. angelegte Ligatur entfe…
30	Ibidem 12/12 1868 von Dr. Bredow ausgeführt.	Idem.	58 J.	8 Mal geboren.	Mit 16 Jahren regelmässig.	—	1 Jahr. Abmagerung.	Idem.	Colloidcyste des rechten Eierstockes mit sehr dickem Inhalte. Verwachsungen wahrscheinlich.	15 Ctm. (in 2 Absätzen)	Verwachsungen mit der vorde… Bauchwand, dem Omentum u. ei… Schlinge des Dünndarmes mit… Hand abgelöst. Nach d. Punct… verkleinerte sich d. Cyste we… — mühsame Extraction.
31	Ibidem 6/2 1869	Idem.	35 J.	Verheirathet, 5 Mal geboren, zuletzt vor 8 Jahren	Mit 17 J., regelmässig, reichlich.	Traten öfters u. spärlicher ein.	1½ bis 2 J. Höchst nervös und ziemlich abgemagert.	—	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums, vermuthlich ohne Verwachsungen.	11 Ctm. (in zwei Absätzen)	Breite, lange, gefässreiche V… wachsungen mit dem Omentu… der Bauchwand (an der Sch… stelle) werden in 4 Theile gethe… jeder derselben separat mit sei… nen Ligaturen unterbunden; n… Abbrennen der Cyste alle 4 Th… zusammen in den Clamp gef… und abgebrannt. Schwächere V… wachsungen mit d. Hand getren…
32	Ibidem 13/5 1869	Idem.	21 J.	Ledig.	—	Vor einem J. trat Metrorrhagie ein, d. sich alle 2 Wochen wiederholte, einigemal jeden Tag.	Vom April-Monat 1868 ziemlich starke Abmagerung u. Anämie.	—	Colloidcyste wahrscheinlich des linken Ovariums, mit kurzem Stiel und mit der vorderen Bauchwand verwachsen.	15 Ctm.	Diffuse Verwachsungen mit … vorderen und beiden seitlich… Theilen der Bauchwand, leicht… getrennt; dabei entstand ein … der Cystenwand. Die Cyste er… sich als eine mehrkammerig…
33	Ibidem 29/9 1869	Doppelseitige Ovariotomie.	44 J.	Verheirathet, 1 Mal geboren; d. Geburt dauerte 5 Tage.	Mit 16 Jahren	Ziemlich regelmässig, aber spärlich.	13 J. Starke Abmagerung. Im Jahre 1867 recht starke Metroperitonitis mit nachfolgendem Ascites.	Medicamentöse u. chirurgische. Bei d. 1. Punction, 1868, wurden 52 Pf., bei der 2., 1869, — 44 Pf. ascitischer Flüssigkeit entleert.	Ascites, cystoide Geschwulst des rechten Ovariums, fest mit dem Uterus und den anliegenden Geweben verbunden. Die linksseitige Geschwulst gehört gewiss dem linken Ovarium an; die Natur derselben ist nicht zu bestimmen.	18 Ctm. (in 2 Absätzen)	Verwachsungen der rechten Cy… mit Lig. latum, rechter Wand … Uterus und Omentum mit d. H… abgetrennt; letztere wird tem… rär mit seidener Ligatur verse… nach Extraction der Cysten … Verwachsung mit dem Omen… in den Clamp gefasst und ab… brannt. Schwache leicht zu löse… Verwachsungen der linken Cy… mit dem Uterus und dem lin… Lig. latum.
34	Ibidem 2/3 1870	Einseitige Ovariotomie.	30 J.	6 J., verheirathet, 1 Mal geboren.	Mit 18 Jahren	Spärlich und seltener.	2 Jahre.	Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums, vermuthlich ohne Verwachsungen, jedenfalls nicht mit der Bauchwand.	11 Ctm. (in 2 Absätzen)	Keine Verwachsungen.
35	Ibidem 16/3 1870	Beiderseitige Ovariotomie.	35 J.	Verheirathet, 2 Mal geboren, zuletzt vor 5 J.	Mit 17 Jahren	Seit 3 J. ausgeblieben.	3 J. Starke Abmagerung.	Idem.	Cysten beider Eierstöcke; die linke ist eine colloide, vermuthlich ohne Verwachsungen. Ascites.	22 Ctm.	Verwachsungen mit der vord… Bauchwand u. einer kleinen St… des C. descendens mit d. Han… gelöst, desgleichen mit d. O… tum abgebrannt. Die rechte … ohne Verwachsungen.

ser, dicker, breiter und ge- eicher Stiel in den Clamp sziejewski's gefasst u. ab- annt. Blutung aus den 3 ssen d. Stieles, mit dem nabelförmigen Glüheisen gestillt.	5 oberflächliche u. 3 tiefe, das Peritonäum nicht mitfassende Nähte.	38 Minuten.	10021	Genesung.	Die Operation wurde 3 Tage vor dem Eintritt der Menses vollführt; sie traten auch den 3. Tag nach der Operation ein und hatten ihre gewöhnliche Dauer (4 Tage).
ılich langer, nicht dicker ıftiger, aber gefässreicher mit dem Clamp gefasst u. ıbrannt. Die Blutung aus Schorfe des Stieles mittelst nabelförmigem Glüheisen gestillt.	6 oberflächliche u. 3 tiefe, das Peritonäum nicht mitfassende Nähte.	45 Minuten. Chloroform etwa ℥jj.	7166	Genesung den 18. Tag. Die Wunde per primam geheilt, den 5. Tag wurden alle tiefen, den 7. u. 8. Tag die oberflächlichen Nähte entfernt. Den 8. Tag zeigte sich auf der Stelle der 3. Naht eine Verhärtung, die später abscedirte.	Am 3. Tage nach d. Operation traten die Regeln rechtzeitig ein und hatten ihren gewöhnlichen Verlauf (6 Tage).
Ctm. langer Stiel wurde, seiner Trennung, mit dem sen Clamp Mierszciejewski's efasst und abgebrannt.	3 tiefe (das Peritonäum nicht fassende) und 5 oberflächliche Nähte aus Seide (sutura clavata Köberle).	2 Stunden. Chloroform etwa ℥jß.	13506	Tod den 6. Tag infolge von Septicämie, Gangränescirung d. unteren Wundrandes u. des Pseudostieles. Fortpflanzung d. Gangrän auf die Harnblase, Fisteln derselben; Harninfiltration im Becken.	Das Omentum bedeckte die ganze Oberfläche der Cyste.
lich langer, nicht dicker el zusammen mit einer urförmigen Verwachsung chen der Cyste und dem S. anum in den Clamp gefasst. Cyste mit d. Scheere abge- itten. Cauterisation des les mit dem prismatischen der blutenden Gefässe des les mit dem schnabelförmigen Glüheisen.	3 tiefe (das Peritonäum fassende) und 6 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 15 Min. Chloroform ℥X.	3683	Tod den 6. Tag. Section: Peritonitis.	Die Cyste stellte einen mehrkammerigen Sack mit fibrösen Scheidewänden dar u. enthielt sehr dicke gelatinöse Flüssigkeit, vermischt mit atheromatöser Masse.
iter, gefässreicher Stiel in Clamp gefasst und abgebrannt.	Wiedereröffnung der genähten Wunde wegen Blutung aus der Stelle, wo die Verwachsungen mit d. Hand abgetrennt waren. Links Acufilopressura, rechts — filopressura. Die Wunde neuerdings durch die Köberle-sche Naht geschlossen. 4 tiefe seidene (das Peritonäum nicht mitfassende) u. 5 oberflächliche Metallnähte.	2 Stunden.	4911	Vollständige Genesung nach 3 Wochen. Den 5. Tag zeigte sich aus dem oberen ¹/₃ der Wunde etwas blutiggefärbtes Serum, den 6. u. 7. Tag alle Nähte abgenommen, den 10. Tag bildete sich links oben, 2 Fingerbreit vom Schnittrande, ein Abscess, der später im oberen Drittel d. Wunde aufbricht.	Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich eine seröse Cyste des Omentum. Der punctirte Theil d. exstirpirten Cyste enthielt in allen Stadien fettig degenerirtes Epithel und eine grosse Quantität Haare; andere Kammern enthielten seröse Flüssigkeit.
lich langer, dünner, nicht ssreicher Stiel in d. Clamp sst u. d. Cyste abgebrannt.	5 tiefe u. 7 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 15 Min.	8803	Tod den 5. Tag. Section: Peritonitis.	Der Grund, weshalb die Länge d. Stieles schwer zu bestimmen war, lag in dem starken Druck der Cyste auf den Uterus, wodurch derselbe an die Symphyse gepresst wurde. Darin finden die Unbeweglichkeit und die Metrorrhagieen ihre Erklärung.
ssreicher, 2 Ctm. langer der rechten Cyste mit dem seur gefasst und die Cyste schnitten; unterhalb des seur wurde der Clamp an- gelegt und der Stiel mit dem eisen cauterisirt. Der weit ere Stiel der linken Cyste dem Clamp gefasst und abgebrannt.	3 tiefe (durch's Peritonäum) u. 7 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	2 St. 30 Min. mit vorläufiger Paracentese, d. mehr als eine St. dauerte.	Das Gewicht der beiden Cysten 9740 und 7460	Tod 43 Stunden nach d. Operation. Section: Enteroperitonitis.	Die linke Cyste wurde nicht punctirt.
rzer, mehrfach gedrehter, chartiger Stiel, mit stark rickelt. Venen, abgebrannt. rend des Abbrennens Blu- aus d. Cystenwand, welche egen oberh. d. Trennungs- in den Masslowskischen mp eingeklemmt wurde.	3 tiefe (durchs Peritonäum) u. 5 oberflächliche Metallknopfnähte.	54 Minuten.	8731	Genesung. Den 9. Tag 3 oberflächliche, den 10. Tag alle anderen Nähte entfernt; 2 Tage darauf bildete sich eine Verhärtung um den oberen Wundwinkel, die später abscedirte.	Die Cyste erwies sich als eine uniloculäre. Die Unebenheiten an d. Oberfläche d. Cyste rührten von d. ungleichen Dicke d. Wandung her.
lich lange, dünne, nicht ssreiche Stiele abgebrannt.	4 tiefe (durchs Peritonäum) u. 6 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 30 Min.	Beide Cysten 7376 und 5151	Tod den 4. Tag. Enteroperitonitis. Gleich nach d. Operation stark ausgesprochener Kräfteverfall.	Während d. Operat. 2 Trismusanfälle. Die linke Cyste war eine colloide, d. rechte sollte eher zu d. serösen gezählt werden. Beim Aufschneiden der Bauchhöhle flossen 2 Glas ascitischer Flüssigkeit aus.

36	Spital in Zarskoje-Sselo. 10/6 1870	Einseitige Ovariotomie	50 J, (blind)	3 Mal gebor. zuletzt vor 25 Jahren	Mit 15 Jahren	Fast 3jähriges Ausbleiben der Menses.	3 Jahre.	—	Eine grosse seröse Cyste des rechten Eierstocks; d. Stiel ist lang; vermuthlich Verwachsungen mit d. vorderen Bauchwand u. Ascites.	12 Ctm.	Eine leicht zu trennende w… ausgebreitete Adhärenz in der … belgegend.
37	Spital von Dr. Ebermann in Zarkoje-Sselo. 14/6 1870	Beiderseitige Ovariotomie	32 J.	4 Mal geboren, zuletzt vor 16 Mon.	—	Oefter als gewöhnlich und sehr profus.	Etwas mehr als 1 Jahr. Starke Abmagerung.	Idem.	Colloidcysten der beiden Ovarien; die linke besitzt einen kurzen Stiel.	18 Ctm. (in 2 Absätz.)	Diffuse leicht ablösbare Verwa… sungen der linken Cyste mit … vorderen Bauchwand und theilw… mit dem Omentum.
36	Privatwohnung. 17/6 1870	Einseitige Ovariotomie	44 J.	Verheirathet, nie geboren.	Mit 17 Jahren	Blieben, seitdem die Vergrösserung d. Leibes anfing, aus.	20 Monate. Sehr ausgesprochene Abmagerung.	—	Multiloculäre Cyste des rechten Ovariums, vermuthlich mit Verwachsungen.	23 Ctm. (in 2 Absätz.)	Diffuse gefässreiche Verwachsu… gen mit Peritonäum. Starke art… elle Blutung bei d. Ablösung d… selben mittelst Baker-Braunsch… Pincetten gestillt. Verlängerung… Schnittes um 8 Ctm. Diffuse V… wachsung d. oberen Abtheilung … Cyste mit dem ganzen oberen Th… d. Bauchwand u. Omentum mit … Hand abgetrennt; vorläufig a. … Verwachsung mit d. Bauchwand … Ligaturen angelegt. Die Verwa… sung mit d. Omentum blutete sta… daher temporäre Ligatur. Kur… gefässreiche Verwachsungen m… Dünndarm u. C. ascendens mit d… Hand abgetrennt, 2 seidene Lig… turen an d. Adhäsionen mit d. C… lon angelegt. Die Verwachsung… mit d. vorderen Bauchwand ab… brannt; die übrigen Ligaturen w… den mit kurz abgeschnittenen … den in d. Bauchhöhle nachgelass…
93	Privathaus in Zarskoje Sse'o, 28/8 70	Idem.	18 J.	Ledig.	Mit 14 Jahren	Regelmässig.	Beinahe 1 J. Allgemeinzustand sehr gut.	Idem,	Mittelgrosse einkammerige Colloidcyste d. rechten Ovariums, ohne Verwachsungen.	8 Ctm.	Keine Verwachsungen vorhand…
40	Akad, Frauenklin. 30/10 1870	Idem.	37 J.	Verheir. 3 Mal gebor., zuletzt vor 3 J.	Unbekannt.	In der letzten Zeit wurden d. Regeln mehr profus.	2 Jahre. Pat. abgemagert, mässiges Oedem der Beine.	—	Colloidcyste d. rechten Ovariums; wahrscheinlich sind Verwachsungen vorhanden. Schleimpolyp des Uterus.	11 Ctm.	Feste bandartige Verwachsung … d. vorderen Bauchwand in d. N… d. Schnittes, mit d. Bistouri du… schnitten; die dabei entstande… Blutung mittelst Acupressur g… stillt.
41	Ibidem 21/10 1870	Idem.	25 J.	Jungfrau.	Mit 14 Jahren regelmässig, 3 Tage andauernd.	Seit 1867, 6—7 Tage dauernd, von Schmerzen begleitet.	3 Jahre. Sehr blutarme Person.	Idem.	Multiloculäre Cyste des rechten Eierstocks. Diffuse u. feste Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand.	16 Ctm. (in 2 Absätz.)	Lockere leicht zu lösende Verwa… sung in der Schnittgegend mit … vorderen Bauchwand; vom link… Rande d. Uterus verläuft eine fe… Adhäsion von Bleifederdicke u… inserirt sich an die linke Hälfte… Cyste, beim Durchschneiden blu… dieser Strang nicht.
42	Privat-Wohnung. 7/11 1870	Idem.	25 J.	Jungfrau.	Mit 18 Jahren regelmässig.	Während der letzten 2 Jahre unregelmässig.	2 Jahre. Gut gebaute Person. Allgemeine Schwäche.	Therapeutische. Den 16. Aug. Punction d. unteren Abtheilung d. Cyste.	Zweikammerige Cyste des rechten Ovariums.	28 Ctm. (in 2 Absätz.)	Feste nicht blutende Adhäsio… mit d. vorderen Bauchwand, hin… mit dem Omentum und der M… wurden mit den Fingern getren…
43	Geburtshülfl. Anst. 25/4 1871	Idem.	41 J.	25 J. verh. h. 4 Mal gebor. zuletzt v. 15 J.	Mit 18 Jahren regelmässig.	Oefter u. länger andauernd; d. letzten Regeln im Febr. 1871.	6 Monate. Starke Abmagerung.	—	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums, vermuthlich ohne Adhäsionen.	21 16 u. 5 (in 2 Absätz.)	Fleischartige, gefässreiche Ve… wachsung rechts mit d. Peritonä… mit d. Fingern abgelöst. Capill… Blutung mit Lig. ferri u. Acup… sur gestillt. Verwachsung mi… Omentum mit d. Fingern getre…
44	Akad. Frauenklin. 30/5 1871	Idem.	54 J.	Wittwe, 8 Mal geboren, zuletzt v. 15 J.	Mit 14 Jahren regelmässig.	—	14 Jahre. Blutarm, ausgesprochene Entkräftung.	Therapeutische.	Colloidcyste d. linken Ovariums (bei d. Operation erwies sich d. rechten) ohne Adhäsionen, mit kurzem Stiel.	14 Ctm.	Es waren keine Verwachsung… vorhanden.
45	Spital in Zarskoje Sselo. 4/6 1871	Idem.	30 J.	7 Jahre verheirathet, 1 Mal vor 6 J. geboren.	Mit 15 Jahren regelmässig.	Vom Februar bis zum Mai 1871 waren d. Regeln profus.	3 Jahre. Entkräftung.	Idem.	Multiloculäre Cyste d. rechten Ovariums mit Verwachsungen in der linken R. hypogastrica.	20 Ctm. (in 2 Absätz.)	Verwachsungen links mit d. Ba… wand u. d. Omentum mit d. F… abgelöst. Temporäre Ligatur … Omentum. Bei d. ersten 2 Ve… chen zur Herausbeförderung … Cyste, platzte dieselbe. Ein T… d. Omentum später abgebran…

reiter, dünner, gefässarmer iel, 6 Ctm. lang, abgebrannt.	3 tiefe (durch's Peritonäum) und 4 oberflächliche Metallnähte.	40 Minuten.	12278	Genesung nach 14 Tagen. Die Wunde per primam geheilt; d. 7. Tag wurde eine 3 Ctm. breite Geschwulst neben dem unteren Wundwinkel constatirt, die später abscedirte.	Bei Eröffnung der Bauchhöhle floss c. 3 Pfd. ascit. Flüssigk. aus. Cystenwände dünn und weich, so dass d. Inhalt neben d. Trokarröhre heraussickerte, Die hintere Wand enthielt 4 kleinere Colloidcysten.
Ctm. langer Stiel der linken yste u. 2 Ctm. langer Stiel d. chten abgebrannt. Blutung s dem 1. Stiel. Die blutende rterie mit d. Torsionspincette fasst. Durch d. Stiel 2 dicke idene Ligaturen geführt und de d. Hälften separat en masse terbunden, d. Enden durch d. teren Winkel herausgeführt.	7 tiefe und 7 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	1 St. 50 Min.	Gewicht der beiden Cysten 13560 und 409	Tod 65 Stunden nach der Operation an Peritonitis.	Der Inhalt der Cyste sickerte neben der Trokarröhre durch, deshalb wurden die Wände der Cyste neben dem Rohr mit dem Finger gefasst und an dasselbe angedrückt.
n den kurzen, dicken Stiel urden 2 separate seidene Liaturen angelegt, der Stiel in die Beckenhöhle versenkt.	7 tiefe und 9 oberflächliche Nähte.	3½ Stunden.	15143	Tod den 7. Tag.	Die obere Abtheilung d. Cyste bestand aus einem Conglomerat von Cysten verschiedener Grösse; d. Inhalt derselben war nicht gleich dick. Die Wandung etlicher Cysten war so dünn, dass sie leicht bei d. Abtrennung d. Verwachsungen m. d. Omentum barsten. Nur eine konnte entleert werden.
efässarmer, 5 Ctm. langer Stiel wurde abgebrannt.	2 tiefe (durchs Peritonäum) u. 4 oberflächliche Metallknopfnähte.	25 Minuten.	7880	Genesung in 14 Tagen. Die Wunde per primam geheilt.	
iel in den Clamp gefasst und abgebrannt.	4 tiefe (das Peritonäum mitfassende), und 4 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 15 Min. Chloroform ℥jß.	10484	Genesung, den 48. Tag. 12 Stunden nach d. Operation die Acupressur entfernt. Den 5.—6. Tag alle Nähte entfernt. Prima intentio.	Den 21. Tag der Schleimpolyp abgedreht. Den 26. Tag traten Menstrua ein, dauerten 5 Tage, waren spärlich. 3 Monate nach d. Entlassung erfreute sich Pat. des besten Wohlbefindens.
iel abgebrannt; Blutung aus m Schorf, mittelst schnabelförmigem Glüheisen gestillt.	4 tiefe (durchs Peritonäum) u. 8 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 25 Min. Chloroform ℥jj.	9912	Gesund entlassen den 10/12. 1870. 22/10. traten Menstrua ein, die 4 Tage anhielten. Vom 24/10. bis zum 27/10. wurden alle Nähte entfernt. 23/11. Menstrua mit 5 tägiger Dauer.	Multiloculäre Cyste. Zur Entleerung derselben d. Trokar sub № 2 benutzt, es floss gelbgefärbte colloide Flüssigkeit aus. Mit demselben Trokar, ohne d. Canüle zu entfernen, d. 2. Abtheilung d. Cyste entleert, die Flüssigkeit opalescirend weiss. Die 3. Abtheilung d. Cyste mittelst Trokar durchstochen, es entleerte sich Leinsaamendecoct ähnliche Flüssigheit.
fingerdicker u. 2 fingerlan- r Stiel in d. Nähe d. Cyste t dem Ecraseur gefasst, die ste abgeschnitten; unter dem raseur der Clamp angelegt, d. iel abgebrannt u. versenkt.	5 tiefe und 9 oberflächliche Metallknopfnähte.	2 St. 45 Min.	15961	Genesung d. 28. Tag. In d. ersten 2 Tagen bestanden Collaps-Erscheinungen bei T. 39,6°, P. 120. Den 5. Tag 6 oberflächliche u. 6 tiefe Nähte entfernt; Verhärtung an einer Stelle des rechten Wundrandes später abscedirt. Den 6. alle anderen Nähte entfernt.	Der obere Abschnitt der Cyste wurde, wegen sehr dicken Inhaltes, mit dem Messer entleert.
efässarmer, dünner, 5 Ctm. ger Stiel abgebrannt u. in d. Beckenhöhle versenkt.	7 tiefe (durchs Peritonäum) u. 8 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 45 Min. Chloroform ℥jj.	12844	Geringe Reaction. Genesung. Vom 2. bis zum 6. Tage alle Nähte entfernt. Den 21. Tag gesund entlassen.	45 Minuten wurden vergebens verbraucht zur Stillung d. Blutung mittelst schwacher Lösung von Liquor ferri.
fässarmer, genügend langer iel abgebrannt und in die Beckenhöhle versenkt.	3 tiefe und 7 oberflächliche Metallknopfnähte.	50 Minuten. Chloroform ℥jß.	5820	Tod d. 4. Tag. Die Autopsie ergab, dass d. sehr weit vorgschrit. Herzkrankh., combin. mit path. Veränder. in sämmtl. Organ. als d. nächstl. Todesurs. z. betr. sei.	Bei der Operation wurde das Athmen 2 Mal so schwach, dass man sich genöthigt sah das Chloroformiren zeitweise auszusetzen.
t breiter, ziemlich langer d gefässreicher Stiel abgent und in die Beckenhöhle versenkt.	5 tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte.	2 St. 15 Min. Chloroform ℥IV.	9413	Genesung ohne Wundfieber gegen Ende desselben Monats, vom 6. bis zum 10. Tage alle Nähte entfernt.	Beim Eröffnen d. Bauchh. floss 1637 Gr. ascit. Flüssigk. heraus. Infolge Platzens d. Cystenwand gelangte d. colloide Inhalt ders. in d. Bauchhöhle. Die 4. Kammer d. Cyste enthielt eitrige Flüssigkeit.

(Fortsetzung folgt.)

Prof. emer. Dr. Fr. Bidder.

Am 12. April sind es 50 Jahre geworden, dass Fr. Bidder zum Dr. med. promovirt wurde. Was aus dem damaligen jungen Doctor später geworden ist, weiss die ganze medicinische Welt. Der am 12. April 1834 mündig gesprochene Zögling der Dorpater Hochschule hat der Alma mater, der er seine wissenschaftliche Ausbildung verdankte, seinen Dank dadurch abgetragen dass er wahrlich nicht in geringem Maasse dazu mitgewirkt hat, dass die Dorpater medicinische Facultät von sich sagen durfte: Nennt Ihr die besten Namen, so wird auch der meine genannt.

Eine ganze Anzahl von Lehrstühlen ist mit seinen Schülern besetzt, und ihre Namen haben guten Klang; auch in der zuletzt von ihm an der Dorpater Universität vertretenen Disciplin ist er als Lehrer von seinem Schüler abgelöst worden, als das Alter ihn zum Rücktritt bewog. Von seinen zahlreichen Schülern hat er viele überlebt, und es waren so manche darunter, die ihrem Lehrer Ehre gemacht haben. Die vielen noch Lebenden, die weit über das ganze Land zerstreut und auch jenseits der Landesgrenzen zu finden sind, werden alle, soweit ihnen das Datum des Festtages bekannt gewesen ist, in herzlicher Liebe und Verehrung des Mannes gedacht haben, zu dessen Füssen sie einst gesessen, und sich mit Freuden dessen erinnern, wie er sie durch seinen meisterhaften Vortrag zu fesseln, ihr Interesse und ihren Eifer anzuregen wusste.

Da Bidder noch unter den Lebenden weilt, so halten wir uns nicht für berechtigt, jetzt und an dieser Stelle eine Schilderung seines Lebens und Wirkens, seiner Bedeutung für die Wissenschaft überhaupt und speciell für die Universität Dorpat zu geben. Wir ziehen es vor die Thatsachen selbst reden zu lassen, und glauben dass sie beredter sein werden als wir.

Nachdem die Promotion stattgefunden, wurde Bidder am 5. Juni 1834 als stellvertretender Prosector, und am 27. Juni 1836 als ausserordentlicher Professor und Prosector an der Universität angestellt, der er 35 Jahre lang als Lehrer angehören sollte. Am 6. November 1842 wurde er zum ordentlichen Professor der Anatomie vorgestellt und am 4. December desselben Jahres als solcher bestätigt. Darauf folgte am 22. Mai 1843 seine Vorstellung zum Professor der Physiologie und am 7. August desselben Jahres die Bestätigung für dieses Fach, dem er bis zuletzt vorgestanden hat. Von 1843—1855 war Bidder Decan der medicinischen Facultät, und am 23. December 1858 wurde er Rector der Universität, welche Stellung er bis zum 3. November 1864 bekleidet, und während dieser Zeit den abwesenden Curator (Bradke und Keyserlingk) wiederholt vertreten hat. Vom 20. August 1859 an hatte er die obligatorischen 25 Jahre abgedient und war pensionsberechtigt, doch wurde er auf 5 Jahre wiedergewählt, und nach Ablauf derselben, am 20. August 1864, abermals auf weitere 5 Jahre wiedergewählt. Als auch dieser Termin abgelaufen war, trat Bidder definitiv aus dem Staatsdienste, doch noch nicht aus dem Dienste der Wissenschaft, da auch später noch eine Arbeit von ihm erschienen ist.

Auf Bidder's erste wissenschaftliche Leistung, seine Inaugural-Dissertation: «De graviditatis vi medicatrice», folgte eine stattliche Reihe von Journalartikeln und grösseren Arbeiten, letztere zum Theil ganz selbständig, theils in Gemeinschaft mit Anderen herausgegeben. Es sind ihrer im Ganzen 35; das vollständige Verzeichniss lassen wir unten folgen. Keine geringe Leistung in 35 Jahren; und dazu kommen noch 77 Dissertationen, die unter seiner Leitung gearbeitet worden sind.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass Bidder in Anlass seines 50jährigen Jubiläums vom Medicinalrathe zum berathenden Mitgliede, von der Kaiserl. Academie der Wissenschaften, dem Conseil der Universität Dorpat, dem Deutschen ärztlichen Vereine und dem allgemeinen Vereine St. Petersburger Aerzte zum Ehrenmitgliede erwählt worden ist.

Möge die allgemeine Theilnahme an seinem Ehrentage so wohlthuend auf den Jubilar wirken, wie sie als ein Act der Pietät und Genugthuung erhebend ist für alle Diejenigen, welche sich's zur Ehre anrechnen, seine Schüler gewesen zu sein! H.

1836. Neurologische Beobachtungen. Mit 2 Taf. Dorpat.
1838. Neue Beobachtungen über die Bewegungen des weichen Gaumens und über den Geruchssinn. Mit 2 Taf. Dorpat.
1839. Zur Anatomie der Retina, insbesondere zur Würdigung des stabförmigen Körpers in derselben. — J. Müller's Archiv.
1840. Einige Bemerkungen über Entstehung, Bau und Leben der menschlichen Haare, nach Beobachtungen an Weichselzöpfen. Ebendas.
1841. Zweiter Beitrag zur Anatomie der Retina.
1842. Ueber das Vorkommen zweier Ovula in einem Graaf'schen Follikel.
— Versuche über die Möglichkeit des Zusammenheilens functionell verschiedener Nervenfasern.
— Die Selbständigkeit des sympathischen Nervensystems, durch anatomische Untersuchungen nachgewiesen. — Bidder und A. W. Volkmann. Mit 3 Taf. Leipzig.
1843. Zur Histogenese der Knochen. Mit Abbildungen.
1844. Erfahrungen über die functionelle Selbständigkeit des sympathischen Nervensystems.
— Riechen — in R. Weber's Handwörterbuch. II.
1845. Versuche zur Bestimmung der Chylusmenge, die durch den Ductus thoracicus dem Blute zugeführt wird.
— Ueber die Malpighi'schen Körper der Niere.
— Ueber Entstehung fester Körper in den von Synovialhäuten gebildeten Höhlen. — In Henle und Pfeuffer's Zeitschrift, Bd. III.
1846. Bemerkungen zur Physiologie und Pathologie der Blutgefässe. — Ebendas. Bd. IV.
— Schmecken — in Wagner's Handwörterbuch, Bd. III.
— Vergleichend-anatomische und histologische Untersuchungen über die Harn- und Geschlechtsorgane der nackten Amphibien. Mit 3 Taf. Dorpat.
1847. Neue Beobachtungen über das Verhältniss der Ganglienkörper zu den Nervenfasern; mit Anhang von A. W. Volkmann. Mit 2 Taf. Leipzig.
1848. Vorläufiger Bericht über eine Reihe von Versuchen zur Ermittelung der Rolle des Speichels im thierischen Haushalt.— J. Müller's Archiv.
1852. Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel. Eine physiologisch-chemische Untersuchung. — Bidder und Schmidt, — Mitau und Leipzig.
— Ueber functionell verschiedene und räumlich getrennte Centren im Froschherzen. — J. Müller's Archiv.
— Ueber einen aus cylindrischen Zellen gebildeten Epithelialkrebs.
1857. Untersuchungen über die Textur des Rückenmarks und die Entwicklung seiner Formelemente. Mit 5 Taf. — Bidder und Kupffer. — Leipzig.
1865. Erfolge von Nervendurchschneidung an einem Frosch. Reichert und Dubois.
— Beobachtungen doppelsinniger Leitung im N. lingualis nach Vereinigung desselben mit dem N. hypoglossus.
— Ueber die Unterschiede in den Beziehungen des Pfeilgifts zu verschiedenen Abtheilungen des Nervensystems.
— Zur näheren Kenntniss der Wirkungen des N. laryng. super.
1866. Zur näheren Kenntniss des Froschherzens und seiner Nerven. Mit Tafel.
— Experimentelle und anatomische Untersuchungen über die Nerven der Glandula submaxillaris. Mit Tafel.
1867. Weitere Untersuchungen über die Glandula submaxillaris beim Hunde. Mit Tafel.
— Parotis und Sympathicus.
1868. Die Endigungsweise der Herzzweige des Vagus beim Frosch. Mit Tafel.
— Beobachtungen an curarisirten Fröschen.
1869. Die Nervi splanchnici und das Ganglion coeliacum. Mit Tafel.
1871. Einige Bemerkungen über Hemmungsnerven und Hemmungscentra.

Referate.

Prof. Dr. A. v. Hippel: Ueber die Jequirity-Ophthalmie. (Arch. f. Ophthalmologie v. Graefe. Bd. XXIX. 4).

Die Präparation des Jequirity-Infuses anlangend, macht Verf. darauf aufmerksam, dass es gleichgültig ist ob man enthülste oder nicht enthülste Körner verwendet. Die Hülsen enthalten nur einen indifferenten Farbstoff, der keinerlei Einwirkung auf die Conjunctiva hat. Wichtig ist, dass man *kaltes* Wasser zum Aufguss verwendet,

wodurch die Wirksamkeit desselben erhöht wird. Als am sichersten die gewünschte Ophthalmie hervorrufend bezeichnet H. das 2 % Infus, 7½ %—10 % Aufgüsse sind in ihrer Wirkung schwächer als der 2 %ige. Die Wirkung des Jequirity nimmt somit nur bis zu einem gewissen Grade proportional seiner Concentration zu. — Mit bis zu 34 Tage alten Infusen konnte H. bei Kaninchen immer eine heftige Ophthalmie hervorrufen, 6—8 Wochen alte Präparate zeigten eine weit schwächere Wirkung. Noch ältere rufen nur eine, gleich anderen in Zersetzung sich befindenden Flüssigkeiten mehr oder weniger starke Conjunctivitis hervor, die jedoch nichts Charakteristisches hat. — Wird bei der Zubereitung des Präparats statt reinen Wassers, Carbol- oder Salicylsäure-Lösung hinzugefügt, so behält der Aufguss seine Wirksamkeit für viele Monate unverändert bei.

Die Wirksamkeit ein und desselben Präparates ist an verschiedenen Augen eine sehr verschiedene, und zwar hängt diese wesentlich von der Beschaffenheit der Conjunctiva ab. Je hyperämischer und aufgelockerter diese ist, um so intensiver reagirt sie auf das Jequirity-Infus, je mehr sie im Stadium der Schrumpfung und Narbenbildung sich befindet, um so schwieriger entwickelt sich die charakteristische Jequirity-Ophthalmie. Was das Verhalten der Cornea anbelangt, hebt Verf. entgegen v. Wecker hervor, dass er bei vorsichtiger Application einer 2 %igen Maceration sowohl Hornhautgeschwüre als Infiltrate der Cornea hat entstehen sehen und zwar immer an Augen, deren Hornhaut noch vollkommen intact war. — Bei pannös erkrankter Cornea wurde niemals eine nachtheilige Wirkung des Jequirity auf das Hornhautgewebe beobachtet, auch nicht bei bestehenden Ulcerationen desselben.

Verf. sieht in dem Jequirity durchaus kein für die Cornea ganz ungefährliches Mittel und möchte dasselbe nur in den Fällen von Trachom und Pannus in Anwendung gezogen wissen, die den bisher üblichen therapeutischen Eingriffen unüberwindlichen Widerstand leisten.

Bei frischen Granulationen der Bindehaut ist das Jequirity-Infus nach den Erfahrungen des Verfassers unwirksam. Es kam in solchen Fällen zwar immer die charakteristische Jequirity-Ophthalmie präcise zu Stande, niemals wurde jedoch ein Zurückgehen der Trachomkörner beobachtet. So lange die heftige Jequirity-Entzündung anhält und auch noch in den ersten Wochen nach Ablauf derselben, erscheint die noch stark injicirte und geschwellte Schleimhaut frei von Granulationen; dieselben sind in der geschwellten Conjunctiva nicht sichtbar, später treten sie jedoch immer wieder unverändert hervor. Für diese Fälle hält H. die alte Behandlungsmethode mit Cuprum sulf. für rationeller und auch für ungefährlicher. — In inveterirten Fällen von Trachom, wenn die Conjunctiva blass und in grosser Ausdehnung von harten, gelblichen, das Niveau derselben überragenden Granulationen bedeckt ist, ist das Jequirity sehr zu empfehlen. In diesen Fällen schwinden die Trachomkörner wirklich, ohne dass es zu gröberer Narbenbildung in der Conjunctiva kommt. Nach eingetretener Heilung, die man jedoch niemals vor 2 Monaten zu erwarten hat, gleicht die Conjunctiva einer amyloid degenerirten; sie ist glatt, verdickt, glänzend, wenig vascularisirt und von weissgelber Farbe.— Inveterirter Pannus lässt sich mittels des Jequirity-Infuses sehr bedeutend aufhellen, jedoch erfordert er eine sehr intensive Anwendung desselben. In einem derartigen Falle, in dem vor der Behandlung nur Handbewegungen erkannt wurden und im Laufe von 8 Wochen das Sehvermögen bis auf ³/₇ des Normalen stieg, war das Mittel 12 Tage hintereinander angewendet worden.

Den Standpunct Sattler's, dass der im Jequirity-Infus sich findende Bacillus das Wirksame bei Erzeugung der Ophthalmie sei, diese somit eine Infectionskrankheit ist, kann Verfasser nicht theilen. Wäre der im Jequirity-Infus sich findende Bacillus das Wirksame, so müsste nach Tödtung desselben durch geeignete Mittel, die Wirksamkeit desselben aufhören. Dagegen ruft eine 1 % mit Sublimat 1 : 8000 behandelte Jequirity-Maceration bei Kaninchen präcise die charakteristische Ophthalmie hervor. Mit 2 %, 1 %, ½ % Carbolsäure, ¹/₃—¹/₄ % Salicylsäure und 4 % Borsäure lässt sich ein vollkommen bacillenfreies Jequirity-Infus darstellen, welches monatelang bacillenfrei bleibt. Trotzdem rufen alle diese Präparate dieselbe heftige Entzündung der Bindehaut hervor.

Trotz zahlreicher Versuche ist es H. nicht gelungen die Jequirity-Conjunctivitis auf gesunde Kaninchen oder Menschen-Conjunctiva zu übertragen. Zuweilen zeigt sich wohl eine Conjunctivitis mit mehr oder weniger heftiger Secretion, die jedoch gar keine Aehnlichkeit mit der durch Jequirity hervorgerufenen hat.

Verf. ist der Ansicht, dass die Jequirity-Körner einen Stoff oder ein ungeformtes Ferment enthalten, welches mit der Conjunctiva in Contact gebracht, die heftige Ophthalmie erzeugt.

In Heu- und Erbsen-Macerationen findet sich ein Bacillus, der dem sich im Jequirity-Infus findenden ganz analog erscheint. Bringt man Heu- oder Erbsen-Infus auf die Conjunctiva eines Kaninchens, so erhält man auch acute Conjunctivitis, die sich jedoch von der Jequirity-Entzündung durch geringere Acuität, Weichbleiben der auch geschwollenen Lider und in der Form des Beleges nicht unwesentlich unterscheidet. — Nach 5maliger Pinselung der Conjunctiva eines Kaninchens mit Sublimatlösung 1 : 6000 von 5 zu 5 Minuten erhielt H. eine Conjunctivitis, die der durch Jequirity-Infus erzeugten sehr ähnlich war. L.

E. Assendelft: Chirurgische Erfahrungen eines Landarztes. Bericht über das im Jahre 1872 im Gouvernement Nishni-Nowgorod, Kreis Sergatsch, von B. A. Paschkow gestiftete Privathospital zu Wetoschkino, vom 10. Juni 1879 bis 15. März 1883. (Inaug.-Dissert. Dorpat. Druck v. Schnackenburgs Buchdruckerei 1883).

Es ist ein oft zugegebener aber selten ausgeführter Satz, dass nicht nur die Kliniker und Aerzte grosser Hospitäler, sondern auch die Landärzte ihr Beobachtungsmaterial und ihre Erfahrungen dem ärztlichen Publicum zur Kenntnissnahme und Ausnutzung im Druck verlegen sollten. Unsere medicinische Statistik läge nicht so im Argen wie gegenwärtig noch immer, wenn häufiger von den Collegen ihr womöglich gesammtes Beobachtungsmaterial publicirt würde, weniger einzelne Raritäten und glückliche Erfolge allein veröffentlicht werden würden. Deshalb ist schon um des Principes willen das vorliegende Buch freudig zu begrüssen, es ist das aber durchaus nicht sein einziger Vorzug, im Gegentheil der Inhalt allein macht es schon werthvoll, denn es enthält ausführliche, klinische Berichte über 537 stationär behandelte Kranke, darunter 462 chirurgische, an denen 186 mehr oder weniger wichtige Operationen ausgeführt wurden, beispielsweise 39 Steinschnitte, mit 5,13 % Sterblichkeit. 5 Mal Sectio alta, 33 Mal Sect. lateralis (2 gestorben), 1 Mal S. mediana, der einzige Fall, in dem eine Harnfistel persistirte. Verf. will in Zukunft häufiger die Sectio alta üben, die Blasennaht hat er bisher nicht angewandt, sondern Bauchlage nach Trendelenburg, es fehlte dem Autor geschulte Assistenz. Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Capitel ist hier natürlich unthunlich. Da aber Dissertationen im Allgemeinen nicht gerade viel gelesen werden, wollen wir hier aus dem interessanten Material zweier seltener, bemerkenswerther Gefässverletzungen kurz erwähnen. Zwanzig Stunden vor der Aufnahme am 26. Mai 1882 hatte ein Bauer M. durch ein Messer eine kleine Stichwunde unmittelbar unter dem Lig. Pouparti erhalten, der eine sehr heftige Blutung gefolgt war. Bei der Aufnahme stand die Blutung, ein grosses pulsirendes Hämatom sass über dem Poupart'schen Bande und füllte die Fossa iliaca, der Puls in der Femoralis und Tibial. post. der verletzten Seite war deutlich schwächer als rechts. In Anbetracht dessen, dass die Blutung stand, ein sehr grosses Hämatom nach weiter Eröffnung wie zur Ligatur, sehr schwer vor Sepsis zu schützen ist, die Aufsuchung der Arterie im Blutherd oft unendlich schwer wird und die Gangrän des Gliedes jetzt mehr drohte nach der Ligatur, als wenn nach einiger Zeit die Collateralbahnen erweitert sind und dass in nächster Zeit zufällig beständig geschulte Hülfe dem Kranken nahe sein konnte, schritt Verf. nicht sofort zur Unterbindung. Die Wunde heilte, das Hämatom resorbirte sich, nur ein pflaumengrosses Aneurysma traumatic. persistirte über dem Lig. Pouparti. Gegen Mitte Juni drohte das Aneurysma zu bersten. Es wurde daher am 12. Juni die Unterbindung nach Antyllus ober- und unterhalb des Sackes gemacht und das verletzte Gefässstück excidirt. In demselben fand sich eine schräg zur Achse gestellte sechs Millim. lange Wunde. Pat. genas und brauchte die verwundete Extremität ebenso gut wie die gesunde. — In dem zweiten Fall wandte sich ein Pat. an den Verf. wegen eines Ulcus cruris gangränos. mit Elephantiasis cruris und Varicositäten. Als Ursache fand Verf. in der Kniekehle ein arteriell-venöses Aneurysma der Poplitäalgefässe. Vor drei Jahren hatte Pat. eine Stichverletzung in der Kniekehle erlitten, der starke Blutung gefolgt war, die aber durch Compressionsverband definitiv gestillt worden war. Es wurde die Amputatio femoris gemacht, die Communicationsöffnung hatte einen Durchmesser von c. 1 Centim. Pat. starb in Folge von Pyämie. Die Arter. femor. iliaca ext. und int. waren alle erweitert, ihre Wandungen verdickt. Abbildungen sind beiden Krankengeschichten beigefügt. Die Wundbehandlung wurde stets streng nach Lister geübt. T.

Stepanow: Ueber Laryngitis haemorrhagica. (Medizinskoje Obosrenije 1883. XI. pag. 627—33).

Verf. beschreibt einen Fall von Laryngitis mit Hämorrhagien auf die freien Oberflächen der Kehlkopfschleimhaut und Auswurf von Blut laryngealen Ursprungs. Die in der Literatur verzeichneten Fälle lassen sich in zwei Kategorien scheiden, die eine umfasst Laryngitiden mit zufälligen Blutungen aus einem bestimmten Puncte (Tobold, Laryngoskopie 1874 S. 142—143, Mandl, traité des maladies du larynx 1872 pag. 644), die andern Entzündungen der von Blut strotzenden wahren Stimmbänder (Nawratil, laryngologische Beiträge 1871 S. 18, Fränkel, Berl. klin. Wochenschr. 1874 № 2, Böcker ibidem № 15, erster Fall). Der Fall von Stepanow betraf eine 47-jährige Krankenwärterin; dieselbe erkrankte am 6. Januar 1883, nachdem eine heftige Erkältung vorangegangen war mit vollständiger Aphonie. Am 7. Abends trat Bluthusten auf mit Kitzeln im Kehlkopfe, Blut wurde nur während der Hustenanfälle jedesmal esslöffelvoll entleert. Vor 3 Jahren war während 1½ Monaten etwas Aehnliches bei der Kranken vorgekommen. Bei der Aufnahme ins Hospital am 16. Januar bot die Kranke folgendes laryngoskopische Bild. Auf der untern Fläche der Stimmbänder liegen dunkelrothe Blutgerinnsel, die obere Fläche sowie die übrige Kehlkopfschleimhaut ist sehr mässig hyperämisch, die Mm. thyreo-arytaenoidei paretisch. Die Blutgerinnsel konnten mit dem Pinsel

nicht entfernt werden, sondern verschwanden theilweise nach 4—5 Tagen. Nach 4—5tägigem Bestreichen mit Lapislösung verschwanden die Gerinnsel, die Blutungen kehrten aber wieder und der Kehlkopf bot dasselbe Bild wie früher, nachdem wegen Parese der Mm. thyreo-arytaenoidei 3 Mal elektrisirt worden war. In der Zeit zwischen den Hustenanfällen war, nachdem die Blutgerinnsel verschwunden waren, die Schleimhaut schwach hyperämisch und nur die untere Fläche der Stimmbänder etwas geschwellt. Solche Hustenanfälle mit Blutungen wiederholten sich drei Mal, Genesung trat Mitte Februar ein; Behandlung — Einblasen von Argent. nitricum.

Einen ähnlichen Fall hat Dr. Schultz (gleichfalls in Moskau) beobachtet.

Stepanow hält die hämorrhagische Laryngitis für eine wohlcharakterisirte Form der Kehlkopfsentzündung und bringt für seine Ansicht folgende Thatsachen. Was die *Aetiologie* anbetrifft, so sind die nächsten Ursachen zur Laryngitis haemorrhagica dieselben, wie für den gewöhnlichen Catarrh, doch werden von jener ausschliesslich Weiber befallen. Das *klinische Bild* charakterisirt sich im Beginne durch die gewöhnlichen Symptome der Laryngitis (3—14 Tage), worauf sehr reichlicher (1 Esslöffel bis zu einer Tasse voll) Blutauswurf auftritt, der durch Husten hervorgerufen wird, aber auch ohne solchen sich zeigt. Solche Hustenanfälle können sich öfters wiederholen, nach ihrem Verschwinden dauern die Zeichen der einfachen Laryngitis noch längere Zeit fort, wie überhaupt die Laryngitis haemorrhagica länger dauert als die einfache. Stenosenerscheinungen werden nur ausnahmsweise beobachtet. Das laryngoskopische Bild bei der Laryngitis haemorrhagica unterscheidet sich von dem bei Laryngitis simplex nur durch die Anwesenheit der Blutgerinnsel, die eigentlichen catarrhalischen Erscheinungen sind bald sehr scharf, bald sehr wenig ausgeprägt, mithin ist kein Zusammenhang zwischen der Blutung und der Stärke des Catarrhs nachzuweisen. Die Laryngitis haemorrhagica befällt nur die wahren Stimmbänder und scheint die Blutung per diapedesin zu entstehen, da sie auch bei geringfügiger Injection auftritt. Hz.

Prof. Rosenbach: Vorläufige Mittheilung über die die acute Osteomyelitis beim Menschen erzeugenden Mikroorganismen. (Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 5).

In der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1883 № 46 hat Dr. Struck eine vorläufige Mittheilung gemacht über einen Mikroorganismus, der bei acuter Osteomyelitis gefunden ist, gezüchtet und den Thieren injicirt wiederum die Osteomyelitis erzeugt, falls kurz vorher ein Knochen des Versuchsthiers lädirt worden war. Verf., der seit Jahren in derselben Frage Untersuchungen macht, und denselben Mikroorganismus gefunden, und ebenso Osteomyelitis erzeugt hat, wendet sich nun gegen die Deutung Struck's, dass in besagtem Mikroorganismus sicher der specifische Erzeuger der Osteomyelitis entdeckt und gezüchtet sei. Wie Struck, so schlugen auch dem Verf. sämmtliche Versuche fehl, sobald kein Knochen des Versuchsthiers einem Trauma unterworfen worden war; war letzteres geschehen, so erfolgte die Osteomyelitis. Bei seinen früheren Arbeiten über Erzeugung letzterer Krankheit, ist es dem Verf. aber gelungen, mit den verschiedensten Bacterienimpfungen Osteomyelitis zu erzeugen, sobald nur das Knochentrauma gesetzt worden war, z. B. durch den Pilz der Milchsäuregährung. Es beweist also der positive Erfolg St's. noch nicht die Specificität des fraglichen Pilzes, endlich glaubt Verf. in ihm sogar den gewöhnlichsten Eiterpilz zu erkennen. Verf. ist aber durchaus nicht der Meinung, dass die idiopathische Osteomyelitis des Menschen, die eben oft ohne jedes Trauma auftritt, durch jedweden pathogenen Pilz erzeugt werden kann, er glaubt nur, dass in dem von Str. und ihm selbst gefundenen Pilz noch nicht der specifische Mikroorganismus, der die infectiöse Osteomyelitis des Menschen hervorruft, entdeckt ist. T.

Eugen Fränkel: Ueber den Einfluss stumpfer Gewalten auf das äussere Ohr, mit besonder Berücksichtigung der Othämatombildung. (Virchow's Arch. Bd. 95. S. 102).

Verf. weist zunächst darauf hin, dass weder in Bezug auf die Aetiologie der Othämatombildung, noch auch über die anatomische Natur der Erkrankung Uebereinstimmung herrscht. Er unternahm es daher diese Fragen experimentell an Kaninchen zu entscheiden. Es gelang durch Anwendung stumpfer Gewalten, theils durch Compression der Ohren zwischen Daumen und Zeigefinger, theils durch kurz auf einander folgende Schläge mit einem Holzhammer, während das Ohr auf einer festen mit Leinwand gedeckten Unterlage sich befand, ein dem menschlichen Othämatom absolut analoges Krankheitsbild zu erzeugen. Das rechte und linke Ohr waren zur Erzeugung der Geschwulst gleich tauglich. Die Versuche erstreckten sich auf 17 Ohren von 10 Thieren.

Um den Einfluss bestehender Knorpelveränderungen auf die Bildung der Othämatome zu studiren, wurden vorher theils mehrfache Durchstechungen des Ohres vorgenommen, theils Injectionen von reizenden Flüssigkeiten gemacht, ohne dass sich hieraus ein Unterschied ergeben hätte. Es konnten weder Erweichungsprocesse durch die genannten Eingriffe im Knorpel, noch auch Gefässentwicklung erzeugt werden, weshalb sich über den Einfluss dieser Veränderungen auf die Entstehung der Hämatome nichts sagen lässt. In Bezug auf die Bildung der Geschwulst lässt sich an dem durchscheinenden Kaninchenohr sehr bequem Folgendes constatiren: zunächst kommt es nach dem Trauma zu einer strotzenden Füllung auch der feinsten Gefässverzweigungen, womit sich eine merkbare Zunahme der Temperatur des Ohrs verbindet; sehr bald entstehen fleckige Extravasate, welche über grössere Strecken confluiren; schliesslich treten unter dem Auge des Beobachters pralle, deutlich fluctuirende, bald nach der Innen- bald nach der Aussenseite des Ohrs prominirende Wülste auf, von bläulich-rothem Aussehen. — Was die anatomischen Charaktere der so entstandenen Blutgeschwülste betrifft, so entleert sich bei der Incision dunkles flüssiges Blut, nach dessen Entfernung das Unterhautgewebe und das zu Tage liegende Perichondrium blutig infiltrirt erscheinen. Das Letztere haftet entweder allenthalben dem darunter befindlichen Knorpel fest an, oder lässt sich stellenweise abnorm leicht von diesem abheben, oder ist endlich auf kürzere Strecken vollständig von ihm getrennt. — An mikroskopischen Durchschnitten der gehärteten Präparate erkannte man, dass die traumatischen Veränderungen entweder auf das Unterhautgewebe und Perichondrium sich beschränken, in diesem Fall sind sie rein hämorrhagischer Natur und schwinden bald vollständig, bald mit Hinterlassung von Pigment; oder es treten entzündliche Affectionen des Perichondriums auf, welche als Ursache etwaiger späterer Difformitäten des Ohrs anzusehen sind. Was die Veränderung des Knorpels selbst anlangt, so handelt es sich hierbei um Continuitätstrennungen und deren Folgezustände.

In die durch das Auseinanderweichen der Bruchstücke bedingten Lücken schiebt sich das Perichondrium und mit ihm das benachbarte Unterhautgewebe als schmälerer oder breiterer, oft keilförmiger Zipfel hinein. Proliferationsvorgänge an den alten Knorpelzellen sind nicht nachweisbar. β.

Uebersicht der russischen ophthalmol. Literatur für 1883.

(Nach Krjukow's Zusammenstellung in Med. Obsr. 1884. № 3).

1. Conjunctiva.

Reich (Wojenn. Sanit. D. №№ 31—33). Von 10,623, im kaukasischen Militärbezirk eingestellten Rekruten litten 964 (beinahe 9%) an Trachom.

Grigorjew (Med. Sb. Kawk. Ob. № 36) Epidemische trachomatöse Conjunctivitis in einer Abtheilung kaukasischer Localtruppen, wo von 238 Soldaten 122 an Trachom erkrankten.

Lawrentjew (Wojenn. Med. Sb. IX) fand in einem *Regimente* des I. Armeecorps 26% aller Soldaten augenkrank; er räth, keine Recruten mit alten Conjunctivalerkrankungen einzustellen, worin ihm Reich (Wojenn. Med. Sb. XI und XII), Frischmann (Wojenn. Sanit. D. № 42) und D. B. (Wojenn. Sanit. D. №№ 21—25) beistimmen. Schtschastny (Med. Westn. №№ 30—36) beschreibt eine Epidemie von contagiöser Conjunctivitis im Kijew'schen Militärhospital, Minkiewitsch (Wojenn. Med. Sb. V) behandelt diese Affection sehr erfolgreich mit 2% Lapislösung. Fialkowski (Wojenn. Sanit. D. №№ 13 und 14) beschreibt die Einrichtung der sommerlichen und winterlichen Stationen für Augenkranke und das in ihnen herrschende Regime. Adamük (Dnew. Kas. Ob. № 9), Maklakow (Med. Obsr. IV) und Schmid (Wr. №№ 50 und 51) beschreiben die Wirkung des Jequirityinfusum auf das Trachom und dessen Complicationen, letzterer mit der Wirkung sehr zufrieden. Selizki (Med. Westn. № 16 und 17) lobt sehr die Wirkung der Jodoformsalbe mit gleichzeitigem Gebrauche von Zincum und Cuprum sulphuric. bei nicht entzündlichem Trachom, Kazaurow (Wr. №№ 19 und 20) cauterisirt mit Kupfervitriol und lässt ins Auge Jodoformsalbe einstreichen, zuweilen kratzt er die Trachomkörner mit dem scharfen Löffel aus. Fialkowski (Med. Westn. №№ 8 und 9) sah von Jodoformsalbe nur bei einem exulcerirenden Hornhautgeschwür Nutzen, während sie bei Pannus trachomatosus, Conjunct. phlyctaenulosa und Keratitis diffusa gar nichts half, bei Conjunct. blennorrh. aber nur schadete. Reich (Wr. №№ 45 und 46) Fall von diffuser gelber Infiltration der Conjunctiva, welche hyperämisch war und schmutzig gelbroth aussah und nach vergeblicher Anwendung adstringirender Collyrien, Frictionen (Ulcus praeputii war vorangegangen) von grauer Salbe durch Einstreuen von Jodoform und Compressivverband heilte.

2. Cornea.

Denissenko (Wr. Wed. №№ 11 und 12) kommt nach Versuchen an Froschhornhäuten, welche mit Berlinerblau gefärbt waren (Injection von gelbem Blutlaugensalz unter die Haut des Frosches und nachträgliche Bearbeitung der Cornea mit Eisensulphatlösung) und Untersuchungen der Augen bei Mb. Brightii, Iridochorioiditis metastatica u. a. zum Schlusse, dass die Hornhaut ihr Ernährungsmaterial nicht aus der Vorderkammer, sondern aus den benachbarten, in der Sclera gelegenen Gefässen erhält, wobei die Flüssigkeit centripetal und von vorn nach hinten in der Cornea fliesst, um in die Vorderkammer einzutreten.

Reich (Wr. №№ 45 und 46) Fall von Verbrennung der Cornea mit einem heissen Bügeleisen, Abfallen des Schorfes am folgenden Tage mit Hinterlassung einer durchsichtigen Hornhaut.

3. Iris.

Kazaurow (Wr. № 25) Pistonsplitter am 17. Tage nach der Ver-

wundung aus der Iris mittelst einer Pincette ausgezogen, Nachbleiben einer unbedeutenden vordern Synechie.

4. Glaskörper.

Denissenko (Med. Westn. №№ 34—36). Die Netzhautablös ungen entstehen nach D. nicht, wie Prof. Adamük es meint, durch Volumsabnahme des Glaskörpers und Continuitätsstörung der Pigmentschicht, sondern durch Vermehrung der Lymphabsonderung durch die Retinalgefässe und Riss der Membrana limitans externa, durch welchen sich die Lymphe zwischen Netz- und Aderhaut ergiesst und die erste von der letzteren abhebt.

5) Retina, Chorioidea und Opticus.

Ljubinski (Wr. Wed. № 12). Fall von Retinitis pigmentosa sine pigmento.

Peunow (Med. Sb. Kawk. Ob. № 37). 1) Neuroretinitis oculi utriusque mit einem post mortem im rechten Occipitallappen gefundenen gänseeigrossen Echinokokkussack. 2) Granuloma papillae nervi optici utr. oc. (Arlt). 3) und 4) Retinitis interstitialis circumscripta hyperplastica. 5) Retinitis perivascularis. 6) Ruptura chorioideae sine traumate. 7) Retinitis haemorrhagica.

Derselbe (Med. Sb. Kaw. Ob. № 37). Beobachtungen über den Einfluss der Febris intermittens auf das Auge. 1) Menge kleiner Retinalhämorrhagien bei einem kachektischen Intermittenskranken, 2) Hernianopsia lateralis mit jedem Fieberanfall auftretend, 3) Farbenblindheit, mit Ausnahme des Grellrothen nach jedem Fieberparoxysmus und 4) totale Farbenblindheit unter denselben Umständen.

Reich (Wr. 45 und 46): 27-jähriger Mann hatte in die Sonne während einer Verfinsterung derselben mit unbewaffnetem Auge gesehen und seitdem an Schwachsichtigkeit gelitten. Nach einem Jahr S=6/24, gelber Fleck dunkler als normal. 2) Hämorrhagie in die Region des gelben Flecks rechts einen Tag nach dem Versuche, einen leeren Eisenbahnwaggon mit vollster Kraft von der Stelle zu bewegen. Unter Jodkaligebrauch und Derivantien nebst galvanischem Strom wurde das Blut in 6 Tagen aufgesogen, S beinahe normal.

6) Linse.

Nikoljski (Wr. Wed. № 36). Fall von Aphakie bei einem 2-jährigen Kinde mit Nystagmus, tiefer Vorderkammer, zitternder Iris und Fehlen der Lichtreflexe von der Linse.

Tepljaschin (Med. Westn. № 37) 6 Fälle von Raphanie im Jahre 1879 und 1880, bei welchen allmälig sich, 1882 und 1883 extrahirte Cataracte bildeten. T. hält ein Entstehen von Cataract durch Raphanie für wahrscheinlich.

7) Augenlider.

Fialkowski (Med. Westn. № 15) Eczem der Lider und des Gesichts nach Atropingebrauch gegen Trachom mit Pannus, welches nach Aussetzen des Mittels verschwand, nach Wiedergebrauch wieder erschien.

Chodin (Med. Westn. № 8—12) empfiehlt als rationellste *Methode der Behandlung* der Trichiasis und des ohne Knorpelverkrümmung auftretenden Entropium die Operation von Watson-Junge.

8) Geschwülste.

Barabaschew (Wr. № 1) Echinokokkus der Orbita, rechts starkes Oedem der Augenlider und Conjunctiva, Exophthalmus und Verschiebung des Bulbus nach oben und aussen, V=0, Stauungspapille, Ueberfüllung der Venen, hinter dem Bulbus fluctuirende Geschwulst fühlbar, die durch Probepunction aus dem Tumor entleerte Flüssigkeit enthielt unbedeutende Mengen von Eiweiss, sehr viel Chloride, gar keine Phosphate und gab zweifelhafte Reaction auf Bernsteinsäure. Durch Dr. Herzenstein wurde der Sack mit 15 Tochterblasen mit Erhaltung des Auges entfernt.

9) Refraction und Accomodation.

Reich (Wr. №№ 8 und 9). Im 1. klassischen Gymnasium in Tiflis fanden sich 1876 Emmetropen 32,2 %, Myopen 25 %, Hypermetropen 36 %; dieselben Schüler boten 1882 E. 43,2 % — M. 50 %, H. 3,4 %.

Dobrowolski (Wr. № 3). Das Sehvermögen bei 212 Zöglingen des Ural'schen Gymnasiums betrug über 1 bei 70,75 %, = 1 bei 24,06 %, weniger als 1 bei 5,19 %, in der untersten Klasse gab es 7,27 % Myopen, in der obersten 40,0 %.

Schtschepotjew (Dnewn. Kas. Ob. Wr. № 13). Von 600 Schülern in verschiedenen Anstalten in Astrachan waren Emmetropen 80,33 %. Myopen 16,5 %. Hypermetropen 2,83 %, Astigmatiker 0,5 %.

Ljubinski (Med. Westn. № 38). Bei 7,712 Matrosen wurde gefunden bei 48,79 % Emmetropie, bei 43,1 % Hypermetropie, bei 28% Myopie, bei 2,2 % Astigmatismus. (Die Rechnung stimmt nicht. Red.), Farbenblindheit, nach Holmgren bestimmt, fand sich bei 6,1 %. Die grössere Sehkraft fiel mit grösserem Brustumfange und Körpergewicht zusammen.

Katz (Wojenn. Med. Sh. VIII). M. 1/8 sollte nach K. vom Kriegsdienste, M. 1/8—1/6 vom Frontdienste befreien, M. geringern Grades passt zu jeder Art Dienst.

Kazaurow (Ibid.) fand, dass bei Anstrengung der Accomodation die Grenzen des Gesichtsfeldes in Folge des Näherrückens der Netzhaut und Abflachung der Pupille sich erweitern.

Iljinski (Wr. Wed. № 30). Die Hygienecommission des pädagogischen Museum der Militärlehranstalten ist zur Ueberzeugung gekommen, dass die beste Abendbeleuchtung in der Weise einzurichten sei, dass das Lampenlicht durch undurchsichtige metallische Reflectoren auf die weisse Zimmerdecke geworfen wird und so die Beleuchtung mit zerstreutem Licht zu Stande komme.

10) Traumen des Auges.

Ljubinski (Wr. Wed. № 18) berichtet über absichtliche Verletzungen der Augen bei Soldaten.

11) Missbildungen.

Kwaschonkin (Wr. № 1). Fall von angeborenem Mangel beider Augen.

Peunow (Med. Sborn. Kawk. Ob. № 37). Fall von Monophthalmie und Fall van Cyclopie. In letzterem Falle fand sich bei dem 1—2 monatlichen Kinde auf der Stirn über der Glabella eine regelmässig geformte Orbita mit oberem und unterem Bogen, die Lider waren ebenfalls normal gebaut, doch hatten ihre beiden Winkel die Form des normalen Augenwinkels; in jedem befand sich eine Carunkel und 2 Thränenpuncte, der Bulbus verhältnissmässig gross, aber regelmässig.

12) Vermischtes.

Denissenko (Med. Westn. 1882 №№ 49 und 50, 1883 №№ 2—11) bespricht die Veränderungen im Auge bei Morb. Brightii und kommt zum Schlusse, dass sämmtliche, den Bulbus constituirenden Theile von einer eiweissartigen Flüssigkeit durchtränkt sind, was in höhern Graden der Krankheit zu tiefen Störungen führe; alle diese Veränderungen haben keinen entzündlichen Character und wäre deshalb anstatt Retinitis albuminurica — Ophthalmia (?) Brightii zu setzen.

Gurwitsch (Wojenn. Med. Sh. I) beschreibt die Anastomose der Venen des Gesichts und Orbita sehr ausführlich und findet, dass unter gewöhnlichen Bedingungen das meiste Blut aus der Orbita in den Sinus cavernosus und nicht in die Vena facialis anterior (Sesemann) abfliesse. Hz.

Vermischtes.

— Dr. Manssurow ist zum etatmässigen Docenten für Hautkrankheiten und Syphilis an der Moskauer Universität gewählt worden, nachdem er bereits 20 Jahre als Privatdocent Vorlesungen über Hautkrankheiten an dieser Universität gehalten hat. (Wr.)

— An Stelle des verstorbenen Prof. Frese ist Dr. Ragosin, Arzt bei der Direction der St. Petersburger Theater, zum Director des Irrenhauses in Kasan ernannt worden.

— In Kijew starb am 31. März der frühere Professor der speciellen Pathologie und Director der therapeutischen Klinik der dortigen Universität, Dr. Alferjew im 68. Lebensjahre an der Lungenentzündung. Seit dem Jahre 1864, wo A. nach Ausdienung der gesetzlichen Jahre seine Professur niederlegte, weil er fürs nächste Quinquennium nicht wieder gewählt worden war, beschäftigte er sich mit der Privatpraxis. (Wr.)

— Dr. E. Ikawitz in Tambow ist von der dortigen Stadtverwaltung in Anerkennung seiner 30-jährigen nützlichen Thätigkeit zum Ehrenbürger der Stadt Tambow erwählt worden.

— Die Cursaison in Lipezk (eisenhaltige Quellen im Gouvernement Tambow) beginnt am 20. Mai. Zum Director dieses Bades ist Dr. Ssobolew ernannt; als Consultant wird der hiesige Gynäkolog Prof. Slawjanski fungiren.

— Der *siebente Bericht des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera*, Geh. Regierungsraths Dr. Koch, mit welchem dessen Berichterstattung vom Choleraschauplatze schliesst, enthält weitere höchst wichtige Resultate, welche die Richtigkeit der Annahme Koch's bestätigen, dass die specifischen Cholerabacillen in der That die Krankheitsursache bilden. Schon lange war es den indischen Aerzten bekannt, dass kleine localisirte Choleraepidemien in der Umgebung der in Bengalen zahlreich verbreiteten sogenannten Tanks, d. h. kleiner Teiche vorkommen, welche den an ihrem Ufer lebenden Hüttenbewohnern den sämmtlichen Wasserbedarf und auch das Trinkwasser liefern, trotzdem ihr Wasser durch die umliegenden Latrinen, durch Waschen der Kleidungsstücke, Reinigen der Hausgeräthe u. s. w. stark verunreinigt ist. Koch hat nun in letzter Zeit Gelegenheit gehabt eine solche um einen Tank gruppirte Choleraepidemie in der Nähe von Calcutta in Sehab Bagau zu beobachten, welche sich ausschliesslich auf die rings um den Tank wohnenden Personen beschränkte, während in einiger Entfernung vom Tank und im ganzen zugehörigen Polizeibezirke die Cholera zur selben Zeit nicht herrschte. Es wurden Wasserproben von verschiedenen Stellen dieses Tanks genommen, mit Hülfe der Nährgelatinecultur untersucht und die charakteristischen Cholerabacillen in mehreren der ersten Proben ziemlich reichlich gefunden. Unter den späteren Wasserproben, welche am Ende der Epidemie geschöpft wurden, enthielt nur eine, welche von einer besonders stark verunreinigten Stelle des Tanks herstammte, die Cholerabacillen und auch nur in sehr geringer Zahl. Es muss dieses Resultat als ein höchst wichtiges angesehen werden, wenn man in Betracht zieht, dass bis dahin in zahlreichen Proben von (nicht inficirtem) Tankwasser, Flusswasser und sonstigem, allen Verunreinigungen ausgesetztem Wasser nie Cholerabacillen gefunden worden waren.

Durch sorgfältige Erkundigungen der Commission über den Beginn und Verlauf der Epidemie konnte aber festgestellt werden, dass das Wasser im Tank von Sehab-Bagau durch das Waschen der Kleider des ersten dort verstorbenen Cholerakranken inficirt und dieses inficirte Wasser von den Anwohnern des Tanks zu häuslichen Zwecken und namentlich auch zum Trinken benutzt worden war.

Somit ist einer der Wege, auf welchen das Choleragift in den

menschlichen Körper gelangen kann, sicher constatirt und zweifelt K. nicht, dass der Nachweiss der Cholerabacillen auch bei anderen Vehikeln des Infectionsstoffes gelingen muss.

Der Bericht berührt weiter nur in Kürze die von der Commission angestellten Untersuchungen über den Einfluss verschiedener Desinficientien etc. auf die Entwickelung der Cholerabacillen. Eine Dauerform der Cholerabacillen aufzufinden, ist bis jetzt noch nicht gelungen. Die einzige Möglichkeit, die Cholerabacillen längere Zeit lebensfähig zu erhalten, bestehe darin, dass man sie vor dem Eintrocknen bewahrt. Nur in Flüssigkeiten bleiben sie wochenlang entwickelungsfähig und können höchst wahrscheinlich nur in feuchtem Zustande verschleppt und dem menschlichen Körper wirksam einverleibt werden.

Leider hat die Commission die weiteren Untersuchungen über diesen Gegenstand aufgeben müssen, da bereits eine unerträgliche Hitze in Indien eingetreten ist.

Die Gesammtzahl der von der Commission in Indien zur Untersuchung verwertheten Cholerafälle beläuft sich auf 42 Choleraleichen und 28 Cholerakranke. Bf.

— Am 9. April verschied hieselbst der Augenarzt Dr. Joh. Thalberg.

— Wie der «Wratsch» erfährt, steht der periodischen medicinischen Presse ein neuer Zuwachs in Aussicht. Ein Privatdocent der Milit.-Med. Academie beabsichtigt eine *medicinische Zeitung* zu gründen, die *3 Mal wöchentlich* erscheinen soll. Ausserdem soll ein hiesiger Verleger beabsichtigen ein *Journal für wissenschaftliche Hygiene und Landmedicin* zu gründen. Hieraus ersieht man, dass die russische med. Presse sich rüstig fortentwickelt, seit der «Wratsch» ein gutes Beispiel durch Vielseitigkeit und Reichthum an Material gegeben.

Wir wünschen den neuen Colleginnen ein gleiches Aufblühen!

— Zur Untersuchung des Urins auf Eiweiss ist uns zur Prüfung ein Reagenzpapier aus der bekannten Friedländer'schen Apotheke (bei der steinernen Brücke) zugesandt worden. Eigentlich sind es zwei Reagenzpapiere, die dabei zur Verwendung kommen, und die Gebrauchsanweisung ist (nicht ganz übereinstimmend mit der auf den Paketen gedruckten) folgende:

Zur Reaction wird ein Streifen № 1 und № 2 aneinandergelegt und in ein, mit dem fraglichen Harn gefülltes Reagenzglas getaucht. Bei Gegenwart von Eiweiss wird dieses sofort in Flocken gefällt. — Harne die reich an Harnsäure sind, müssen erst verdünnt werden, da durch dieses Reagens auch Harnsäure gefällt wird, welcher Niederschlag aber von Eiweiss durch seine Löslichkeit in der Wärme unterschieden wird.

Zur Prüfung wurde Harn einer an chronischer Nephritis leidenden Kranken gewählt. Derselbe war von heller Farbe, klar, reagirte sauer, gab beim Kochen eine deutliche Trübung, aber keine Flockenbildung. Als nun in eine andere Probe dieses Harns die beiden aufeinandergelegten Reagenzpapier-Streifen eingetaucht wurden, bildeten sich *sofort* Flocken, welche sich langsam zu Boden senkten. Die Flockenbildung dauerte eine gewisse Zeitlang fort, und als sie beendet war, war der Boden des Gefässes etwa 1 Linie hoch mit einem leichten, flockigen Gerinnsel bedeckt.

Aus diesem Versuche scheint hervorzugehen, dass das erwähnte Reagenzpapier etwa vorhandenes Eiweiss noch viel sicherer und schärfer nachzuweisen vermöge als die gewöhnliche Kochprobe, und da die Verpackung in der That eine sehr praktische und handliche ist, so wollen wir nicht unterlassen das neue bequeme Reagens den Herren Collegen zu weiteren Versuchen zu empfehlen.

— Die Londoner Aerzte haben seit längerer Zeit die Begründung einer *Versicherungsgesellschaft der Aerzte auf Gegenseitigkeit* geplant. Nunmehr hat das zu diesem Zwecke gewählte provisorische Comité (Präsident E. Hart, Redacteur des Brit. med. Journal) das Programm nebst der Einladung zum Beitritt veröffentlicht, denen wir nach der «Allgem. Medicin. Central-Zeitung» Folgendes entnehmen:

1) *Krankenkasse*: Krankengeld wird in der Höhe von 2, 3 und 4 Guineen (42, 63 und 84 Mark) per Woche bezahlt; bei Krankheitsdauer über 26 Wochen wird die Hälfte gezahlt, so lange die Krankheit noch dauert; über das Alter von 65 Jahren hinaus tritt eine Altersversorgung von Pfd. Sterling 25, 37.10 oder 50 (500, 750 oder 1000 Mark) an Stelle des Krankengeldes.

2) *Altersversorgung*: Dieselbe beginnt mit dem 65. Jahre und beträgt 20, 30, 40 oder 50 Pfd. Sterl. = 400, 600, 800 oder 1000 Mark.

3) *Lebensversicherung*: Bei dem Tode des Versicherten gelangen 25 bis 200 Pfund Sterling zur Auszahlung.

4) Mit 65 Jahren sind keine Prämien mehr zu zahlen. Für verfallene Policen kann bis 70 pCt. der eingezahlten Summe zurückgegeben werden. Weitere Prämienzahlung kann jeder Zeit durch Bezahlung einer Summe ersetzt werden.

Die Gesellschaft wird von einem Comité und Räthen, welche von den Mitgliedern ernannt worden, verwaltet. Alle Fonds und alles Eigenthum der Gesellschaft werden in Depositen angelegt und gehören nur den Mitgliedern. Die Verwaltungskosten werden eigens ausgeschieden und dürfen 10 pCt. des Prämieneinkommens nicht übersteigen. Damit die Gesellschaft vollen gesetzlichen Schutz erwirbt, wird sie unter dem Genossenschaftsgesetze (Friendly societies Act) eingetragen. Alle 5 Jahre werden die Geschäfte und Fonds geprüft und geschätzt und jeder Gewinn wird den Mitgliedern gutgeschrieben. Nach den Tabellen kann man 1) auf Krankheitsdauer, 2) auf Altersversorgung und 3) auf Lebensversicherung oder auf alle 3 eintreten; über 50 Pfd. Sterl. Altersversorgung und über 200 Pfd. Sterl. auf den Todesfall kann nicht versichert werden. Krankengeld wird 6 Monate nach Eintritt (Gebühr 10.20), Lebensversicherung 1 Jahr nach Eintritt gezahlt.

Vacanzen.

— Die Stelle eines Ordinators, welcher die ophthalmologische Abtheilung am Gouvernements-Landschaftshospital in Ssaratow zu leiten hat, ist vacant. Gehalt 1100 Rbl. Refl. haben sich bis zum 1. Mai bei der «Саратовская Губернская Управа» zu melden. (Wr.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 8. April 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2953	1750	4703
Kinderhospitäler	134	167	301
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	136	108	244
Scharlach	20	23	43
Pocken	2	8	10
Venerische Krankheiten	478	371	849

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 7. April 1884 besucht von 2384 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1040.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 1. bis 7. April 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
434	318	752	116	80	136	24	12	25	87	64	60	51	50	35	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 19, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 54, Scharlach 11, Diphtherie 22, Croup 1, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 39, andere Gehirnkrankheiten 21, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 87, Lungenschwindsucht 135, andere Krankheiten der Brusthöhle 14, Gastro-intestinal-Krankheiten 118, andere Krankheiten der Bauchhöhle 25, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 43, Marasmus senilis 47, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 23.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	16—22 März	181 732	82	9	23,5	10,9	38,5
Kopenhagen	19—25 März	267 000	100	15	19,5	15,0	41,8
Berlin	23—29 März	1 225 065	566	91	24,0	16,0	35,3
Wien	23—29 März	759 849	467	38	32,0	8,1	41,1
Brüssel	16—22 März	171 293	75	9	22,8	12,0	35,2
Paris	21—27 März	2 239 928	1213	187	28,2	15,4	31,4
London	23—29 März	4 019 361	1573	255	20,4	16,2	30,4
St. Petersburg	30 März — 5 Apr.	928 016	747	146	41,8	19,5	30,1

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1884.

Изданія книжнаго магазина К. РИККЕРА,

С.-Петербургъ, Невскій № 14.

Патологія и терапія родильнаго періода. Руководство для учащихся и врачей. Проф. Ф. Винкеля. Переводъ съ 3-го, значительно исправленнаго изданія, подъ редакціей Д-ра М. Горвица. 3 р. 20 к., съ перес. 3 р. 60 к.

Учебникъ психіатріи, составленный на основаніи клиническихъ наблюденій для практическихъ врачей и студентовъ, Докторомъ Крафтъ Эбингомъ. Перев. Ал. Черемшанскаго съ примѣчаніями переводчика и дополненіями къ нѣкоторымъ статьямъ, сдѣланными проф. И. П. Мержеевскимъ, 3 тома. 5 р. 50 к., съ перес. 6 р.

Словарь употребительнѣйшихъ фармацевтическихъ названій и синонимовъ на русскомъ, латинскомъ, нѣмецкомъ и французскомъ языкахъ, состав. Карлъ Крузе. 2 р., въ перепл. 2 р. 50 к., за перес. — 30 к.

Руководство къ зубоврачебной наукѣ Д-ра Д. С. Леви. Съ 113 рисунк. въ текстѣ. 1 р. 20 к., въ перепл. 1 р. 70 к., за перес. — 20 к.

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschienen:

Dr. Richard Thoma,

Professor d. pathologischen Anatomie in Dorpat.

Ueber einige senile Veränderungen

des menschlichen Körpers

und ihre Beziehungen zur

Schrumpfniere und Herzhypertrophie.

Antrittsrede.

gr. 8. 1884. 1 Mark. 75 (1)

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

9 (12)

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.**

GEMÜTSKRANKE

finden jederzeit Aufnahme in der 27 (4)

Dr. Erlenmeyer'schen **Anstalt zu Bendorf bei Coblenz.**

Verlag von **Th. Chr. Fr. Enslin** (Richard Schoetz) in Berlin SW, Wilhelmstrasse 122.

Soeben erschien:

DIAGNOSTIK
der
Rückenmarks-Krankheiten

von

Dr. Schuster, praktischer Arzt in Aachen.

2. vermehrte Auflage. Preis 4 M.

Ueber die 1. Auflage des Buches, welche 1882 erschien, sagte das «Literarische Centralblatt»: Für den praktischen Arzt hat der Verfasser eine gedrängte, systematisch geordnete Uebersicht aller Verhältnisse, die bei der Untersuchung der Rückenmarkskrankheiten in Betracht kommen, aus der Masse der sehr zerstreuten Literatur zusammengestellt und ein nach allen Beziehungen sehr empfehlenswerthes und sehr brauchbares Werk geliefert, welches wir warm der Beachtung der Collegen empfehlen, da es seinem Zweck vollkommen entspricht und durch kurze, klare Darstellung, zweckentsprechende Gruppirung und Vollständigkeit sich auszeichnet.

Berlin SW, Wilhelmstrasse 122. **Th. Chr. Fr. Enslin** *(Richard Schoetz).*

76 (1)

OFENER VICTORIA - BITTERWASSER

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia			fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Anal.	58,05	32,38	Püllnaer	nach amtl. Anal.	32,72	12,12
Hunyadi Janos	nach amtl. Anal.	41,73	18,44	Friedrichshaller	nach amtl. Anal.	25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. — 26 (10)

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands.

Saison vom 1. Mai—15. Oct. **BAD NEUENAHR.** **Eisenbahn-Station.**

Alkalische Therme im Ahrthale zwischen Bonn und Coblenz, reich an Kohlensäure. Als Specificum bewährt bei *chronischen Catarrhen der Verdauungs-, Harn- und Respirations-Organe, bei Nieren-Catarrh, Leberanschwellungen, Diabetes mel., Gicht, Rheumatismus uud Uterusleiden.* Nur das Curhôtel mit Tarifpreisen und vortrefflicher Restauration steht in directer Verbindung mit den Bädern. Näheres durch die Aerzte und den Director. 42 (5)

PEGLI bei Genua.

Grand Hôtel.

Das ganze Jahr offen. 56 (2)

Meerbäder vom Mai bis November.

Wintersaison. — Pension.

Eigenthümer: **Bucher-Durrer**

vom Hôtel Bürgenstock & Hôtel de l'Europe Luzern.

BAD LANDECK

IN PREUSSISCH-SCHLESIEN.

Bahnstationen: Glatz, Camenz, Patschkau. Seit Jahrhunderten bewährte **Schwefel-Natriumthermen** von 23½° R., besonders angezeigt bei **Frauen- und Nervenkrankheiten. Trinkquellen, Wannen-, Bassin-, Moorbäder, innere** und **äussere Douchen, Appenzeller Molkerei, irisch-römische Bäder**; alle fremden **Mineralwässer.** 1400 Fuss Seehöhe, gegen Norden und Osten durch Höhenzüge geschützt. Klimatischer Curort. Herrliche, ausgedehnte **Waldpromenaden** dicht am Bade. — Besuch über 6000. Concert, Theater täglich, Reunions wöchentlich. 77 (3)

Kurzeit: 1. Mai bis October.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. РИККЕРА, С.-Петербургъ, Невскій, № 14,

поступили въ продажу:

Минеральныя воды, грязи и морскія купанья

въ Россіи и заграницей. Классификація, химическій составъ, физіологическое дѣйствіе и показанія къ употребленію; путеводитель по лечебнымъ мѣстностямъ Льва Бертенсона и Николая Воронихина. 2-ое совершенно переработанное и значительно дополненное изданіе. 3 р., въ переплетѣ 3 р. 50 к., за перес. — 40 к.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 12 Апрѣля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction
von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 16. **St. Petersburg, 21. April (3. Mai)** **1884.**

Zur Therapie der übermässigen Fettleibigkeit.

Von
Medicinalrath Dr. E. Heinrich Kisch,
a. o. Professor der Prager Universität und dirigirender Hospitals- und Brunnenarzt in Marienbad.

Die physiologischen Untersuchungen über Fettbildung im Organismus und die klinischen Beobachtungen über die Folgeerscheinungen solcher übermässigen Fettansammlungen haben die älteren Anschauungen in dieser Richtung wesentlich modificirt. Heute wissen wir, dass die übermässige Fettleibigkeit nicht blos ein Schönheitsfehler, sondern ein pathologischer Zustand ist, welcher *ernst* betrachtet werden muss und gar häufig wesentliche Lebensbedrohungen veranlasst; anderseits aber sind wir auch darüber im Klaren, dass diese Stoffwechselkrankheit entweder ererbt oder meistens angefüttert ist, das heisst, dass sie auf hereditärer Anlage beruht oder in den meisten Fällen auf ungeeigneten Ernährungsverhältnissen beruht.

In letzterer Richtung ist es erwiesen, dass neben dem Fett auch das Eiweiss die Quelle für Fettbildung ist (Voit), dass je träger der Stoffwechsel, je geringer der Consum der Gewebe, desto mehr circulirendes Eiweiss zur Bildung von Fett verwendet wird, und dass endlich eine übermässige Ernährung *überhaupt* unter geeigneten Verhältnissen zur abnormen Fettansammlung führt. Daraus erwuchs uns aber die Erkenntniss, dass die Therapie der pathologischen Fettleibigkeit ganz vorzugsweise auf *diätetischem* Gebiete liegt.

Entsprechend den aetiologischen Momenten ist es hier Hauptaufgabe der Therapie, das Ernährungsmaterial nicht im Uebermaasse zuzuführen, mit den Nahrungsmitteln äusserst wenig Fett, mittlere Mengen eiweisshaltiger Substanzen, besonders Fleisch und geringe Menge Kohlenhydrate und Leimstoffe zu verabreichen, dabei auf Beförderung der Blutbildung zu sehen, die willkürlichen Muskeln in Uebung zu halten und Steigerung der Sauerstoffzufuhr zu veranlassen. Es lässt sich dies kurz in dem Gebote mässiger gemischter, doch vorwiegend aus Fleisch bestehender Kost und fleissiger körperlicher Bewegung zusammenfassen. Wenn Fleisch in mässiger Menge genossen wird, so kann sich aus diesen mässigen Gaben Eiweiss unmöglich irgend beträchtlich Fett abspalten; das abgespaltene Fett kann noch weniger abgelagert werden, wenn die in der Nahrung gebotenen Gaben Kohlenhydrate zu gering sind, um das Fett vor dem Verbrauche zu schützen. Geringe Mengen von Kohlenhydraten mildern den Eiweissverbrauch, durch den sonst, wenn derselbe zu gross wäre, die Muskelschwäche eine bedrohende würde. Fett jeglicher Art muss als direct lipogenes Material möglichst strenge gemieden werden, dagegen ist der mässige Genuss von Leimstoffen in ähnlicher Weise und aus denselben Gründen wie von Kohlenhydraten gestattet.

Wenn einerseits die Menge der Nahrungsstoffe jedes Uebermaass zu meiden hat, so darf dieselbe doch bei der entschiedenen Neigung aller Fettsüchtigen zur Blutverminderung auch quantitativ nicht zu gering sein.

Mit der bekannten *Bantingcur* der Fettleibigen, jener Methode, welche aus nahezu ausschliesslichem Fleischregime mit vollständiger Vermeidung jeden Fettes und aller Kohlenhydrate besteht, kann ich mich auf Grund meiner zahlreichen Erfahrungen *nicht* einverstanden erklären. Vor Allem ist die Anforderung, welche an die bei Fettleibigen ohnedies fast immer geschwächten Digestionsorgane gestellt wird, zu schwierig, nämlich so grosse Quantitäten Fleisch zu bewältigen, wie sie, wenn man fast nichts Anderes zur Ernährung reicht, zur Erhaltung des Körperbestandes nothwendig sind. Es kommt dabei leicht zu Magen- und Darmkatarrhen. Eine weitere Folge der exclusiven Fleischkost besteht in vermehrter Harnsäurebildung, welche bei der den Fettleibigen eigenthümlichen Disposition zur Gicht die Entwickelung der Letzteren ganz wesentlich fördert. Die *völlige* Vermeidung von Fett und Kohlenhydraten entzieht endlich dem Körper auch zu viel zur Kraft- und Wärmebildung nothwendiges Material und die Folge davon ist Mattigkeit, Unbehagen, gestörte Blutbereitung.

Ich kann mich aber auch nicht mit der jüngstens von Ebstein empfohlenen Methode der Fettcur befreunden, welcher «mit Vorliebe *fette* Fleischsorten», Fett von Schinken, fetten Schweine- und Hammelbraten, den Genuss des Nierenfettes, »Brod mit reichlicher Butter», fette Saucen u. s. w. anräth, dabei den Genuss von Kohlenhydrate einschränkt, den Zucker, Süssigkeiten, Kartoffeln verbietet.

Ebstein geht von der Annahme aus, dass bei Fleischfressern, welche ausser dem Fette keine stickstofffreien Nahrungsstoffe geniessen, die Fettbildung meist nur unbedeutend sei. Diese letztere Anschauung hat aber keine Berechtigung, denn die grundlegenden Stoffwechselversuche von **Voit, Pettenkofer, Hofmann** haben erwiesen, dass Nahrungsfett ganz entschieden zum Fettwerden beitrage. Bei **Voit's** Fütterungsversuchen erwiesen sich sogar mittlere Fleischmengen nebst viel Fett dem Fettansatze *am günstigsten.* Dann vertragen aber auch Fettleibige mit ihrer Neigung zu Dyspepsien das viele Fett bei sonst knapper Nahrungsmenge nicht und wir sehen darnach Verdauungsbeschwerden eintreten.

Für geradezu verwerflich halte ich **Tarnier's** Cur der Fettleibigkeit durch ausschliesslichen Milchgenuss. Eine Abmagerung kommt auf diese Weise allerdings zu Stande, allein in einer den ganzen Organismus nachträglich schädigenden, ja geradezu bedrohenden Weise. Es wird eine hydraemische Blutbeschaffenheit und Herzschwäche herbeigeführt. Leicht erklärlicher Weise. Denn nach **Voit** ist das Minimum von Eiweiss, das ein Gefangener zur Erhaltung seines Lebens braucht, täglich 85 Gramm. Um diesen Eiweissbedarf zu decken, müsste der Fettleibige täglich 3 Liter Milch trinken, bei Bewegung im Freien aber weit mehr, eine Quantität, welche von den Digestionsorganen nicht leicht verarbeitet wird. Die reine Milchcur ist also eine Art der Inanition.

Ebenso ist die von **Dancel** angegebene Wasserentziehungsdiät bei Fettleibigkeit ein viel zu eingreifendes Verfahren.

Es bleibt also immer am zweckmässigsten die methodische Durchführung des diätetischen Regimes: *Mässige* gemischte Kost mit möglichster Vermeidung von Fett und Zucker, fleissige Bewegung im Freien. Eine solche systematische Diät lässt sich am besten in den Curorten durchführen, wo der Fettleibige seinen gewohnten häuslichen Verhältnissen entrückt ist. Dazu eignen sich am besten Curorte, wo, wie in erster Reihe in *Marienbad* in Böhmen, Glaubersalzwässer zur Durchführung einer Trinkcur und verschiedenartige Bademethoden (Säuerlingsbäder, Moorbäder, Dampfbäder) zur Verfügung stehen. Mag auch die physiologische Erklärung hiefür eine ungenügende sein, die Thatsache steht fest, dass die Glaubersalzwässer Marienbad's einen unleugbaren Einfluss auf die Rückbildung von Fettansammlung ausüben, und zwar in allmäliger und nachhaltiger Weise, ohne Beeinträchtigung des Organismus.

Meine Methode der Cur der Fettleibigkeit in Marienbad, welche ich in meiner Praxis an einer überaus grossen Zahl von Fällen erprobt habe, ist folgende:

Des *Morgens* um 5—6 Uhr: Trinken von 3 bis 4 Gläsern Kreuz- oder Ferdinandsbrunnen in Pausen von 15 bis 20 Minuten, dann eine 1 bis 2 Stunden dauernde Promenade durch den Wald, dann zum Frühstück 1 Tasse Kaffe oder Thee (je nach Gewohnheit) mit Zusatz von 1 Esslöffel voll Milch ohne Zucker, 50 Gramm Zwieback, der weder süss noch fett sein darf, 25 bis 50 Gramm kaltes mageres Fleisch oder mageren, von Fett sorgfältig abgelösten Schinken. Keine Butter!

Kein zweites Frühstück.

Um 10—11 Uhr Vormittags ein Marienquellbad mit Zusatz von 2—3 Kilo Soda, 26° R. warm und von 15 Minuten Dauer mit nachfolgender kalter Regendouche, dann 1 Stunde Promenade; hierauf Trinken von 1 Glas Waldquelle mit Zusatz von Citronensaft.

Bei *vollkommen* intactem, kräftigem Herzen und Mangel jeden Zeichens von Arteriosclerose zweimal in der Woche ein Dampfbad mit nachfolgender kalter Abreibung.

Mittag gegen 1—2 Uhr: Eine Tasse dünner, nicht fetter Fleischbrühsuppe ohne Zusatz von Graupen, Sago, Brod u. dgl., 150—200 Gramm gebratenes, nicht fettes Fleisch ohne Sauce, etwas leichtes Gemüse, Spinat, Kohl, Blumenkohl, 25 Gramm Weissbrot. Streng verboten ist der Genuss von Gänse-, Enten- und Schweinefleisch, von Karpfen, Lachs, Häringen, Mehlspeisen, Kartoffeln, Butter, Käse, süssem Compot, Crême, Gefrorenem.

Als Getränk ist gestattet 1—2 Glas (nach Gewohnheit), sogar eine halbe Flasche guten Weines, *kein* Bier, kein Champagner, kein Liqueur.

Nachmittags: Promenade von 3 Stunden Dauer durch den Wald, dann 1 Tasse Kaffe oder Thee ohne Zucker und Milch.

Um 6 Uhr Nachmittags: 1 Glas Kreuz- oder Ferdinandsbrunnen.

Abendbrod gegen 7—8 Uhr: 100—120 Gramm gebratenes Fleisch, kalter Braten oder magerer Schinken, 15 bis 20 Gramm Brot. Nach dem Essen 1 Stunde Promenade.

Vor dem Schlafengehen kalte Waschung des ganzen Körpers.

Der *Schlaf* darf nicht länger als sieben Stunden dauern.

Referate.

Rawa: Ueber Nervennaht. (Universitetsk. Iswestija 1883 № 12).

Nach einem kurzen Ueberblick über die Geschichte der Nervennaht geht Verf. näher auf die Technik derselben ein. Die bisher üblichen Methoden der directen Vernähung der Nervenstümpfe und der Vereinigung der Perineurien beider Stümpfe scheinen gleich gute Resultate zu geben, haben aber auch dieselben Uebelstände; eine so genaue Adaption der Stümpfe ist naturgemäss nicht möglich, dass nun auch alle durchtrennten Nervenfibrillen ihre zugehörigen peripheren Fortsetzungen finden. Ferner entsteht bei der üblichen zarten Vernähung der Nervenenden zu leicht ein Auseinanderweichen derselben, zumal wenn die Wunde theilweise gequetscht war und Theile des Nerven daher vor der Vernähung abgetragen werden mussten. Dem Auseinanderweichen kann nur vorgebeugt werden durch langdauernde Fixation der betroffenen Extremität in starker Flexion. Hierdurch wird natürlich auch die künftige Functionsfähigkeit der Muskeln im Gebiet des verletzten Nerven in Frage gestellt. Verf. schlägt daher vor eine andere, festere Vereinigung der durchtrennten Nervenenden, d. h. entweder die Nervenstümpfe so nebeneinander vorbei zu schieben, dass sie gelagert sind wie die Knochen bei Fractura cum dislocatione ad longitudinem und um die nebeneinanderliegenden Stümpfe einen Faden (resp. Catgut) zu schlingen, der fest angezogen wird, oder beide Enden des durchtrennten Nerven gemeinsam aus ihrem Lager zu heben und unterhalb des haltenden Fingers resp. Instrumentes um beide Enden zugleich einen Faden zu schlingen, der wiederum die Seiten der Stümpfe aneinander fixirt. Ueber hundert Versuche an Thieren haben dem Verf. bewiesen, dass eine derartige seitliche Anlagerung der Stümpfe functionell gute Resultate giebt. Verf. durchschnitt den Ischiadicus, Tibialis post., Peronäus, Vagus und Hypoglossus, es wurde dabei nicht antiseptisch verfahren, wohl aber unter Blutleere und unter möglichster Vermeidung von Insulten der Nerven. 6—20 Monate nach der Operation wurde der verwachsene Nerv auf seine Leitungsfähigkeit geprüft. Dieses geschah in der Weise, dass der zu prüfende Nerv und die von ihm innervirten Muskeln freigelegt und die Sehnen der benachbarten Muskeln, die in der Function vicarirend eintreten konnten, durchschnitten wurden. Unter den zu prüfenden Nerven wurde dann ein Glasplättchen untergeschoben und der centrale Theil des Nerven verschiedenen Reizungen (mechanischen, chemischen und denen durch den Inductionsstrom) unterworfen. Die vom verheilten Nerven versorgten Muskeln reagirten mit normaler Contraction. Das Experiment gelang ebenso gut, wenn zwei Nerven durchtrennt worden und übers Kreuz vernäht waren. Die mikroskopische Untersuchung der Stelle der Verwachsung liess einen Knäuel verfilzter Nervenfäden erkennen. An vielen Stellen sah Verf. zugleich degenerative Vorgänge neben Gruppen neugebildeter Zellen verschiedener Form (runde, sternförmige, spindelförmige). Oefters sah Verf. Zellen, die sich durch ihre Fortsätze zu langen Ketten angeordnet hatten, die sich in beiden Stümpfen verloren. Die Untersuchungen über die Schicksale des Perineurium und darüber, wie weit dieses an der Heilung des Nerven betheiligt, hat Verf. noch nicht abgeschlossen. T.

Prof. R. Deutschmann: Ueber experimentelle Erzeugung sympathischer Ophthalmie. Archiv f. Ophthalmologie v. Graefe. Bd. XXIX. 4.).

Bereits in der 2. Abtheilung des 28. Bandes des Gräfe'schen Archiv's berichtete D. über Experimente die er an Kaninchen in obigem Titel entsprechendem Sinne angestellt hatte. Damals war es ihm nur gelungen eine sympathische Papillitis zu erzeugen und zwar sowohl durch Injection des in $\frac{3}{4}$% Chlor-Natriumlösung suspendirten Aspergillus glaucus direct in den orbitalen Theil des Sehnerven, als auch in den Glaskörper.

Verf. überzeugte sich davon, dass der Sehnerv einen in ihn gesetzten Entzündungsprocess präcise fortzuleiten im Stande ist, und

zwar auf dem Wege des ihm zukommenden interstitiellen Bindegewebes und seiner Scheiden.

Jetzt ist es D. gelungen eine wirkliche sympathische Uveitis künstlich zu erzeugen. Verf. benutzte zu den Injectionen wiederum den in ½% Chlor-Natriumlösung suspendirten Aspergillus glaucus (fumigatus), liess es jedoch nicht bei einer Injection bewenden, sondern führte an ein und demselben Auge im Laufe von 24 Tagen 4 Injectionen aus. Nach Ablauf der ersten 7—8 Tage nach der ersten Injection in den Glaskörper des linken Auges zeigte sich die Sehnervenpapille des rechten Auges hyperämisch, wozu sich bald Verstreichung der centralen Papillenexcavation und Schwellung des Papillenrandes hinzugesellte. Etwa 2 Wochen nach der ersten Injection erschien die Retina des rechten Auges in der Umgebung der Papille leicht getrübt und zeigten sich feine Glaskörpertrübungen, die das ganze Bild des Augenhintergrundes leicht verschleiert erscheinen liessen. Nach weiteren 8 Tagen zeigten sich im rechten Auge zahlreiche gelbe, prominente Herde in der Aderhaut, hauptsächlich über den unteren Theil des Augenhintergrundes zerstreut. Die Zahl dieser kleinen Herde nahm rapide zu und hielt gleichen Schritt mit einer weitern Infitration des Glaskörpers. Um sich brauchbare mikroskopische Demonstrationspräparate des so sympathisch erkrankten Auges nicht entgehen zu lassen, brach Verf. den Versuch in diesem Stadium ab, ohne die Betheiligung der vorderen Abschnitte der Choroidea und der Iris abzuwarten.

Der mikroskopische Befund des erstinficirten linken Auges ergab eitrige Iritis, das Bulbusinnere enthielt eitrig-käsigen Brei, in dem Glaskörper und Retina vollkommen aufgegangen waren. Die Choroidea war um mehr als das Doppelte verdickt und bestand nur aus dichtgedrängten Eiterzellen. Der Nervus opticus in seinem bulbären Ende mit Rundzellen infiltrirt, desgleichen zeigten die äussere und innere Opticusscheide zahlreiche Eiterkörperchen. Die Infiltration der Choroidea setzte sich direct in die der inneren Opticusscheide fort. Zwischen den Eiterzellen fanden sich im Glaskörper eine grosse Anzahl unveränderter Pilzsporen. Der linke N. opticus zeigte auf seinem ganzen Verlaufe bis zum Chiasma ausgesprochene Neuritis interstitialis und Perineuritis, das Chiasma selbst erwies sich nur mässig zellig infiltrirt, wogegen sein Pialüberzug sehr dichte Infiltration zeigte.

Der rechte N. opticus zeigt in seinem Verlaufe zum sympathisch erkrankten Auge anfangs mässige interstitielle Neuritis und Perineuritis, welche je näher zum Bulbus immer hochgradiger wird. Die Sehnervenpapille ist sehr stark infiltrirt, desgleichen die Retina in der nächsten Umgebung der Papille. Die Choroidea an der Papille um das 3—4-fache verdickt, besteht nur aus Eiterzellen. Die Infiltration der Aderhaut setzt sich direct in die der Pialscheide des N. opticus fort. Mehr nach vorn geht die totale Eiterinfiltration der Choroidea in eine partielle über und zeigt sich hier als knotenförmige; diese Veränderungen reichen bis zur Ora serrata und dem Corpus ciliare. Die Iris war ganz zufällig verloren gegangen und konnte leider nicht untersucht werden. Der Glaskörper ist mit Fibrin und Eiterkörperchen reich durchsetzt. Die Ciliarnerven liessen in allen ihren Theilen mikroskopisch *keinerlei* pathologische Veränderungen erkennen.

Verfasser erblickt *im N. opticus und dessen Scheiden* den Leitungsweg, auf welchem sympathische Augenaffectionen zu Stande kommen. L.

P. Tarnowskaja: Ueber Veränderungen im Rückenmarke nach Dehnung des Ischiadicus. (Mittheilung in der Decembersitzung des psychiatrischen Vereins in St. Petersburg).

Die Versuche wurden an Kaninchen im Laboratorium des Prof. Mierzziejewski gemacht; der Ischiadicus mittelst eines besonderen, von T. angegebenen dynamometrischen Hakens gedehnt und zwar mit einer zwischen ½—5 Kilo schwankenden Kraft; der Ischiadicus riss bei 8 von den 40 Versuchsthieren bei einem Zuge von 4—5 Kilo, 11 gingen in verschieden langem Zeitraum zu Grunde. Nach der Dehnung bildete sich immer im Verhältnisse zur angewandten Kraft eine Paralyse oder Parese des operirten Beins aus, die elektromusculäre Reizung zeigte für beide Arten Ströme AnO Z > KSZ, nach 1½ Monaten ungefähr war die elektrische Erregbarkeit normal geworden. Die Kaninchen wurden nach Verlaufe einiger Tage bis 6 Monaten getödtet und der Nerv wie das Rückenmark untersucht.

Am Nerven selbst konnte man schon in den ersten Tagen eine ampullenförmige Anschwellung des Myelin's, um die Achsencylinder gelagert und das Verschwinden der Ranvier'schen Einschnürungen beobachten. Die Lautermann-Schmidt'schen Körper erschienen bei Kaninchen, welche 2—3 Wochen nach der Dehnung getödtet wurden, bei erhaltener dachziegelförmiger Anordnung auseinandergeschoben. Die Achsencylinder wurden nach 3—6 Wochen undeutlich, in manchen Nervenfasern ganz unsichtbar, 4—6 Wochen nach der Dehnung fingen die Myelinampullen durch Resorption des Myelins an zu schwinden, man sah einen feinkörnigen fettig entarteten Detritus neben vielen leeren Schwann'schen Scheiden und feinen jungen normalen Nervenfasern. In den Fällen, in welchen der Ischiadicus zerrissen wurde fanden sich 2—3 Wochen später die peripheren Enden des Nerven bis zu den Rami plantares degenerirt, im centralen Ende war diese Degeneration nur in geringem Maasse und nur in der Umgebung der operirten Stelle zu sehen.

Am Rückenmarke waren nach einer Kraftanwendung von 600 Grammen keine Veränderungen zu sehen, nach Dehnung mit 2—5 Kilo Zug wurde folgendes constatirt:

1) Erweiterung des Centralcanals und Anfüllung desselben mit plastischem Exsudat.

2) Hyperämie und punctförmige Hämorrhagien besonders in den Hinterhörnern der grauen Substanz.

3) Proliferation der Neurogliazellen.

4) In dem Hinterstrange, welcher dem gedehnten Ischiadicus gleichnamig war, Wucherung des Bindegewebes in Form feinfasriger, mit Sternzellen besetzter, das Nervengewebe verdrängender Netze, 3 Mal sah T. dieses schon am 7. Tage nach der Dehnung.

5) Atrophie des, dem gedehnten Nerven gleichnamigen Hinterstranges, 4 und mehr Wochen nach der Dehnung.

6) Atrophie des entsprechenden Hinterhorns.

7) Verminderung und Verdünnung der hinteren Rückenmarkswurzeln auf der operirten Seite.

8) Verringerung der Zahl der Ganglienzellen im Vorderhorn der operirten Seite, Blasserwerden der Contouren und des Inhalts der Zellen, zuweilen bis zum Verschwinden undeutlich. Hz.

A. Sperrlingk: Ueber echte Sitophobie. (Inaug.-Diss. Dorpat 1883).

Verf. will den von älteren psychiatrischen Autoren gleichsinnig mit «Nahrungsverweigerung» gebrauchten Ausdruck «Sitophobie» wieder in die Terminologie der psychopathischen Zustände einführen, indem er damit speciell diejenigen Fälle von Nahrungsverweigerung Geisteskranker zu bezeichnen wünscht, in welchen der Schlingact, ja schon die Vorstellung von der unmittelbar bevorstehenden Deglutition zu krampfhaften Contractionen des Oesophagus führt und dieser quälende Zustand (nicht eine Sinnestäuschung oder Wahnvorstellung) den realen Grund zu Angst vor Nahrungsaufnahme und zu mehr oder weniger vollständiger Nahrungsverweigerung abgiebt. Dass die Combination von Psychose und Oesophagismus eine nicht blos theoretische Annahme, sondern klinisch nachweisbar ist, sucht Verf. durch mehrere Krankengeschichten zu beweisen, von welchen indessen nur die letzte die für ein solches Beweismittel wünschenswerthe Ausführlichkeit besitzt. Ob wir daher den an Kunstausdrücken fast überreichen Wortschatz der Psychiatrie durch Aufnahme der «echten Sitophobie» zu erweitern und für solche Fälle die Sondenbehandlung zu empfehlen haben, können erst weitere Beobachtungen und Untersuchungen entscheiden. Sie dürften um so weniger ausbleiben, als erst jüngst wieder eine eingehende Untersuchung über das Wesen und die Behandlung der Nahrungsverweigerung (Siemens) die Anregung zu erneuter gründlicher Discussion dieser wichtigen Materie gegeben hat. Mercklin.

C. Rockwitz: Ueber die Therapie hoher Grade von Kinderlähmung. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XIX. Hft. 2 und 3).

An vier sehr hochgradig entwickelten Fällen genannten Leidens, die von Prof. Lücke behandelt worden sind, bespricht Verf. die verschiedenen Behandlungsweisen. In den citirten Fällen wurden verhältnissmässig glänzende Resultate erzielt, sie befanden sich alle in dem chronischen, paralytischen Stadium. In Betreff der näheren, sehr interessanten Ausführungen muss auf das Original verwiesen werden und recapituliren wir nur in Kürze Methode und Gang der eingeschlagenen Behandlungsweise. Vor allen Dingen soll die normale Form und Gestalt der Glieder hergestellt werden durch continuirlichen Zug und forcirte Streckung, wenn dies nicht ausreicht, durch Tenotomie aller Muskeln, welche der vollständigen Geraderichtung der Extremitäten entgegenstehen, (dieselbe ist von besonderem Nutzen in Fällen von sogen. spastischer spinaler Paralyse) und endlich durch Anwendung von Streck- und Retentions-Verbänden, um die erreichte günstige Stellung zu fixiren. Zu bemerken ist, dass Verf. im Vergleich zu anderen Autoren früh und gern durch Tenotomie den continuirlichen Zug ablösen will, damit recht bald zur methodischen Besserung der Functionsfähigkeit der gelähmten Glieder geschritten werden kann. Diese wird erreicht durch Anlegung gut construirter, zweckmässiger Stütz- und Gehapparate, Zuhülfenahme von gymnastischen Uebungen, selbst der einfachsten Art und andauernde elektrische Behandlung, besonders mit möglichst starken constanten Strömen. Gleichzeitig soll der Allgemeinzustand der Patienten möglichst gehoben werden durch Diät, Bäder, Frottiren, roborirende Mittel etc. T.

Bericht über 128 Ovariotomien.

Von

Dr. A. I. Krassowski.

I. Vollständige Ovariotomien.

(Fortsetzung.)

№ d. Operation	Ort und Zeit der Operation.	Ein- oder beiderseitige Ovariotomie.	Lebensalter.	Verheirathet oder ledig.	Erste Menstruation.	Menstruation während der Krankheit.	Dauer der Krankheit. Allgemeiner Zustand der Patienten.	Die vor der Operation eingeschlagenen Curmethoden.	Diagnose.	Schnittlänge.	Verwachsungen und andere Complicationen.
46	Im Stadtkrankenh. von Zarskoje Sselo. 27/7 1871	Einseitige Ovariotomie.	43 J.	25 J. verheirathet, nie geboren.	Mit 18 Jahren regelmässig aber profus.	Das letzte Jahr blieben die Menstrua aus.	1 Jahr.	Therapeutische.	Multiloculäre Cyste des linken Eierstocks.	20 Ctm. in 2 Absätzen.	Verwachsungen d. vorderen Fläch d. Cyste mit Omentum und linke Bauchwand mit d. Hand abgelöst, temporäre Ligatur an d. Omentum Ein 2 Zoll langes Stück v. Omentum wurde abgebrannt. Acupressur.
47	Geburtshülfliche Anstalt 19/9 1871	Idem	53 J.	Verheirat. hat 10 Mal gebor., zuletzt vor 10 J.	Mit 16 Jahren regelmässig.	Die letzten Regeln waren im Juli 1871.	Beinahe 1 Jahr. Allgemeine Schwäche.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovarium.	28 Ctm. in 4 Absätzen.	5 seidene Ligaturen an d. Verwachsungen mit d. Omentum angelegt, mit dem Fingernagel abpräparirt, später die Verwachsungen abgebrannt u. auf zwei derselben nochmals Ligaturen angelegt.
48	Privatwohnung. 17/10 1871	Doppelseitige Ovariotomie.	49 J.	26 J. verheirathet, nie geboren.	Mit 16 Jahren regelmässig, spärlich.	Vom 26. Jahre an waren die Regeln von Schmerz in d. linken Reg. hypogastrica und in der Herzgrube begleitet.	5 Jahre. Im Jahre 1867 entwickelte sich Ascites, sodann Hernia umbilicalis und 1871 Prolapsus uteri et parietis posterioris vaginae.	28. Sep. 1871 Paracentese d. Abdom., dabei 18417 Gr. grün gef., zäher Flüssigk. entleert. Darauf besserte sich d. Allgemeinzust. Die abermal. Flüssigkeitsans. war 3 T. v. d. Oper. e. recht bedeutende.	Colloidcysten beider Eierstöcke. Nach d. Punction erwies sich dass d. linke aus 3, d. rechte aus 2 Cysten besteht. Die Cysten d. linken Ovariums waren mit einander fest verbunden. Die Cysten sind mit d. Uterus nicht fest verbunden.	20 Ctm. in 2 Absätzen.	Nach d. Eröffnung der Bauchhöhle mittelst Catheter 2455 Gramm ascitischer Flüssigkeit entleert. Zur Stillung d. Blutung aus d. gefässreichen u. cystoid entarteten Peritonäum parietale wurden Pincetten von Baker-Brown benutzt. Rechte Cyste ohne Punction herausbefördert; linke Cyste punctirt.
49	Akad.-Frauenkl. 18/10 1871	Einseitige Ovariotomie.	57 J.	Ledig.	M. 16 J. regelmäss. Menop. m. 51 J.	—	1 Jahr. Sehr abgemagerte Person.	—	Colloidcysten d. rechten Ovariums fest mit dem Uterus verbunden.	13 Ctm. (3 u. 4)	Leicht ablösbare, nicht ausgedehnte Verwachsungen mit d. Mesenterium u. Dünndarm. An d. kurzen u. blutenden Verwachsungen mit d. Uterus wurden Ligaturen angelegt.
50	Ibidem	Idem.	46 J.	Hat 3 Mal geboren.	Mit 15 Jahren regelmässig.	Menstrua blieben seit 9 Monaten aus.	3 Jahre. Ausgesprochene Abmagerung. Hernia umbilicalis.	—	Colloidcyste des linken Ovariums, vermuthlich mit den Beckenorganen verwachsen.	33 Ctm. in 2 Absätzen.	Temporäre Ligatur an d. Verwachsung d. unteren Abschnittes d. Geschwulst mit d. Lig. latum, später d. Verwachsung abgebrannt. Während d. ‹Toilette› Blutung aus dem Plexus ovaricus, ein Venenbündel mittelst Ligatur en masse unterbunden.
51	Privatwohnung 5/4 1872	Idem.	42 J.	Hat 1 Mal geboren, d. Frucht-Wasser war frühzeitig abgeflossen.	Mit 14 Jahren regelmässig.	Die Regelmässigkeit der Menstrua war nicht gestört.	1 Jahr. Wenig entkräftete Person.	Den 1/12. 1871, Punction d. Cyste, dabei wurde 2664 Gramm klebrige dunkelbraune Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste d. rechten Ovariums, später konnte man d. feste Verbindung d. Cyste mit d. Uterus constatiren.	16 Ctm. (12 u. 4) in 2 Absätzen.	Verlänger. d. Schnittes um 4 Ctm. wegen Unmöglichkeit d. Extraction d. festen, rechten, oberen Abschnittes d. Cyste. An d. Verwachsungen wurden keine Ligaturen angelegt.
52	Gebär-anst., sepates Zimmer. 1/5 1872	Idem.	57 J.	Ledig.	Mit 14 Jahren Menopausis mit 47 Jahren	—	1½ Jahre. Geringe Abmagerung, nicht entkräftet.	Punction der Cyste, dabei wurden 6756 Gramm colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste d. rechten Ovariums; entweder sind diffuse Verwachsungen vorhanden, welche die Beendigung der Operation unmögl. machen, oder es besteht Hydrops saccat.	Probe-Schnitt 2 Ctm. lang, um 7 Ctm. verlän. (2 u. 7 = 9)	Keine Verwachsungen.
53	Privatwohnung. 4/5 1872	Idem.	50 J.	Hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren	Mit 16 Jahren regelmässig.	Die Regelmässigkeit d. Regeln blieb unverändert.	3 Jahre. Starke Abmagerung. Emphysema pulmonum.	—	Einkammerige Colloidcyste des rechten Ovariums.	16 Ctm.	Kleine Verwachsungen mit d. vorderen Bauchwand, in d. Nähe des Schnittes, bis auf 10 Ctm.; links um d. Nabel herum waren diffuse Verwachsungen mit d. Bauchfell vorhanden. Beim Trennen derselben barst d. Cyste. Die Verwachsungen waren nicht gefässreich, wurden stellenweis mit Mühe abgetrennt

Der Stiel und die Art der Trennung desselben.	Die Art der Vereinigung der Wunde.	Dauer der Operation.	Das Gewicht der Cyste mit dem Inhalte in Gramm.	Ausgang der Operation.	Bemerkungen.
...gerbreiter Stiel in d. Clamp ...sst, abgebrannt und in die Beckenhöhle versenkt.	5 tiefe (durchs Peritonäum) u. 7 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 30 Min.	12896	Genesung 12/8. ohne Wundfieber. Den 2. Tag d. Acupressur u. vom 2.—7. allmälig alle Nähte entfernt.	Die Geschwulst bestand aus 3 Kammern (obere, rechte, und linke). Die obere Kammer mittelst Trokart № 2 entleert. Colloider Inhalt. Die beiden unteren mit d. dicksten Trokart entleert, sie waren fest eingekeilt in d. oberen Abschnitte des kleinen Beckens; in d. Mitte d. hinteren Fläche war eine tiefe Rinne, d. dem Promontorium entsprach.
...ger Stiel zuerst mit d. Ec...ur gefasst u. abgeschnitten, ...nn abgebrannt. Arterielle ...tung aus d. Schorf. Abtra...g desselben mit d. Scheere ...wiederholtes Abbrennen mit ...matischem und schnabelför...em Glüheisen; da d. Blutung ... wiederholte, so wurde d. ...heil d. Stiels mit einer sei...en Ligatur en masse unterbunden.	5 tiefe (durchs Peritonäum) u. 11 oberflächliche Metallknopfnähte.	2 St. 30 Min.	836	Tod den 3. Tag in Folge von Peritonitis (Autopsie).	Die vordere Bauchwand unter d. Nabel (5 Ctm. lang) ödematös u. sclerosirt. D. Dicke d. Bauchwand betrug unter d. Nabel 8 Ctm., in der Gegend des Nabels nur $2\frac{1}{2}$ Ctm.
...den rechten Stiel d. Clamp ...elegt, die Cyste abgeschnit... u. d. Stiel abgebrannt. Blu...g aus d. Schorf trotz wie...olter Anwendung d. schna...örmigem Glüheisens, daher ...atur en masse. Durch die ...te des kurzen linken Stiels ...de eine doppelte Ligatur ...chgeführt u. beide Hälften ...parat unterbunden. Beide Stiele versenkt.	Mit 2 nach aussen halbmondförmigen Schnitten wurde die entartete Stelle d. Bauchwand entfernt. In d. Mitte d. Wunde eine umschlungene Naht, nach oben u. unten im Ganzen 4 tiefe (durchs Peritonäum) Metallknopfnähte u. 13 oberflächliche Knopfnähte theils aus Draht, theils aus indischer Seide angelegt.	2 St. 40 Min.	Gewicht d. rechten Cyste 5118 der linken 12278 Gramm.	Genesung den 44. Tag. Den 2. Tag d. Acupressur entfernt, d. 21/10. Sutura clavata abgenommen, aus d. Stichwunde entleerten sich 2—3 Löffel seröser Flüssigk., später auch Pus bonum et landabile. Eitersenkung. Drainage; Gangräna links um d. Sutura clavata, linksseitige Parametritis. Den 2/11. blutigeitrige Massen in d. Ausleerungen. Die erste Ligatur fiel ab d. 22/10., d. 2. den 26/10., d. 3. den 11/12. Die Nähte wurden d. 22—23/10. entfernt.	Die rechte Cyste platzte bei der Extraction. Beim Ausschneiden d. linken halbmondförmig. Lappens wurden 3 Ligaturen angelegt u. zur Stillung d. capillären Blutung eine Acupressur-Nadel gebraucht. Zur besseren Adaption d. Wundränder wurde der rechte Wundrand zugestutzt.
... kurze Stiel en masse ligirt und versenkt.	4 tiefe (durchs Peritonäum) u. 6 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 30 Min.	10231	Tod d. 3. Tag. Antopsia: Peritonitis exsudativa.	—
...ch d. sehr kurzen Stiel wur...ine doppelte seidene Liga...durchgeführt, die beiden ...ten separat unterbunden u. der Stiel versenkt.	Zuerst wurden die Ränder des dilatirten Nabelrings angefrischt, sodann d. Wunde mit 8 tiefen u. 8 oberflächlichen Nähten vereinigt.	2 St. 30 Min.	24566	Tod. Im Cavum abdominis stinkende blutige Flüssigkeit; im Cavum pelvis weiche Blutgerinnsel.	—
...den dicken, kurzen Stiel der ...seur angelegt, d. Cyste ab...hnitten; durch d. Stiel eine ...pelte Ligatur durchgeführt ... jede Hälfte separat unter...den. Der Stiel versenkt.	5 tiefe u. 13 oberflächliche Metallknopfnähte aus Silberdraht.	1 St. 15 Min.	17397	Genesung d. 33. Tag. Den 3. Tag vollständige Heilung per primam. Vom 3. bis z. 7. Tage wurden alle Nähte entfernt. Den 7. Tag Schüttelfrost. T. 39°, P. 108. Spannung in d. rechten Laquear. Den 8. Tag ging eine Ligatur ab. Eiter im Harn. Den 9. u. am folgenden Tage wird Eiter auch per rectum et vaginam entleert. Den 12. Tag Parametritis — rings um den Uterus. — Resorption bis zum 16. Tage. Menstrua.	Die Cyste bestand aus 2 Hauptabschnitten. Der untere grössere Abschnitt wurde mit dem Trokar № 2 punctirt. Die Herausbeförderung derselben war leicht.
...ner, langer, nicht gefäss...er Stiel wurde in den Clamp gefasst und abgebrannt.	2 tiefe (durchs Peritonäum) und 3 oberflächliche Metallknopfnähte.	40 Minuten.	7820	Genesung den 22. Tag. Den 5. Tag heilte die Wunde per primam; bis zum achten Tag wurden alle Nähte entfernt. In der Mitte der Wunde ging d. Narbe später bis auf $1\frac{1}{2}$ Ctm. auseinander.	In der Chloroformnarkose verringerte sich die Spannung der Bauchdecken, dabei konnte man sich überzeugen, dass kein Hydrops saccatus vorhanden war. Die Länge der Wunde, nach dem Schliessen derselben, betrug 8 Ctm.
...mlich langer und breiter ... zuerst mit dem Ecraseur ...st, nach Abschneiden der ... der Clamp angelegt und ...tiel abgebrannt. Sichtbare ...se des Stieles mit schna...örmigem Glüheisen ver...horft. Stiel versenkt.	5 tiefe (durchs Peritonäum) u. 5 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 30 Min.	31413	Tod den 10. Tag an Collapsus. Section wurde nicht gestattet.	Die Entleerung der Cyste mit dem Trokar № 2 wurde sehr langsam ausgeführt, dabei trat mehrmals Erbrechen ein.

54	Geburtshülfliche Anstalt, separates Zim., 6/6 1872	Idem.	39 J.	Hat 2 Mal gebor., zuletzt vor 16 Jahren	Mit 14 Jahr., regelmässig.	Menstruirt regelmässig.	2 Jahre, Allgemeinzustand befriedigend; Abmagerung recht ausgesprochen.	Therapeutische.	Colloidcyste des linken Ovariums (wahrscheinlich einkammerig) mit sehr dicker W ndung.	12 Ctm., 2½ C., unterhalb d. Nabels	Bandartige Verwachsungen mi vorderen Bauchwand ohne Blut abgetrennt. Bei d. Trennung d. V wachsungen mit d. Colon ascend stellte sich starke capilläre Blut ein. Liq. ferri, 2 Ligaturen en m an die blutenden Verwachsung Ligaturen en masse an d. strang tige (Pseudo-Stiel) nicht gef reiche Verwachsung mit d. Gel mutter. Die Geschwulst abgesch ten. Nach Abnahme d. Pincetten wiederholte Blutung aus d. feine Zweigen. Torsion, Acupressu
55	Geburtshülfl. Anstalt. 13/9 1873	Idem.	40 J.	Hat 1 Mal vor 13 Jahren geboren.	Mit 13 Jahren	Menstrua blieben seit Juli 1872 aus.	2 Jahre. Schleimhäute und Cutis blass, mit geringem Panniculus adiposus.	—	Multiloculäre Cyste d. rechten Ovariums, vermuthlich ohne Verwachsungen mit d. Uterus u. Becken, aber mit kurzem Stiel.	18 Ctm.	Sowohl d. Verwachsungen d. Cy oberhalb d. Nabels mit Peritonä u. Omentum, wie auch die der v deren Fläche d. Cyste mit d. Bau wand, wurden mit d. Hand ab löst. Das Omentum temporär terbunden und später unterhal Ligatur abgebrannt.
56	Ibidem 20/1 1873	Idem.	52 J.	Hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 22 Jahr.	Mit 14 Jahr., regelmäss., blieben m. 40 J. aus.	—	1½ Jahre. Höchst anämische, wenig abgemagerte Person.	—	Colloidcyste, von welchem Ovarium ausgehend unbestimmt. Ebenso konnte nicht entschieden werden, ob Verwachsungen mit d. Bauchorganen vorhanden waren. Verwachsungen mit d. Uterus nicht vermuthet. Der Stiel wahrscheinlich lang.	11 Ctm.	Fast die ganze vordere Fläche Cyste mit d. Bauchwand verwa sen. D. Adhäsionen leicht trennb besonders fest waren dieselbe rechts, links und unten. Nach mi lungener Blutstillung (aus d. in ren Fläche d. vorderen Bauchwa mit Liq. ferri, wurden 2 Zoll v Wundrande 4 Köberlesche Näh angelegt.
57	Ibidem 20/3 1873	Idem.	32 J.	Hat seit ihrem 16. J. 9 Mal geboren, zuletzt 12. Sept. 1872.	Mit 13 Jahren, unregelm.	Nach der Geburt waren die Regeln nur 2 Mal eingetreten.	Nicht weniger als 8 Monate; mittelmässig gebaut.	Therapeutische.	Wahrscheinlich eine Colloidcyste d. linken Eierstocks, verwachsen mit vorderer Bauchwand u. Uterus, entweder mit kurzem Stiel oder Pseudomembranen. Nach wiederhol. Untersuchungen war d. Existenz einer Cyste d. recht. Ovariums ebenfalls wahrscheinlich.	15 Ctm.	Die Verwachsung d. Omentum m dem Peritonäum parietale wurd leicht zerstört, schwerer war e kurze, ausgedehnte u. gefässreic Verwachsungen d. Omentum mit Cyste zu trennen, 3 Ligaturen. D Abtrennung der gefässreichen Ve wachsungen d. Cyste mit d. Dic darm war von Blutung begleitet 3 Ligaturen en masse. Verwac sungen mit d. S romanum mit Finger *getrennt, blutende* Parti wurden unterbunden.
58	Ibidem 13/9 1873	Idem.	23 J.	Hat 3 Mal geboren, zuletzt 17. März 1873.	Mit 15 J., regelmässig.	Menstruationstypus blieb unverändert.	Den 9. Tag post partum fand man eine runde elast. Geschwulst. Anf. Juni waren die ersten Regeln post partum eingetret., seitdem vergröss. sich d. Geschwulst rasch.	Idem.	Colloidcyste d. rechten Ovariums mit ziemlich langem Stiel, sehr wahrscheinlich ohne Verwachsungen.	Die äuss. Länge des Schnittes betrug 10 C., d. inn. 8 Ctm.	Es waren keine Verwachsungen v handen.
59	Ibidem 14/9 1873	Idem.	32 J.	Virgo intacta	Mit 16 J., profus, von Schm. begleitet.	—	Ca. 6 Jahre. Mittelmässig gebaute, ziemlich anämische Person.	—	Multiloculäre Colloidcyste, schwer zu sagen welchen Ovariums. Die Geschwulst besitzt einen kurzen Stiel u. wahrscheinlich ohne Verwachsungen mit d. vorderen Bauchwand.	10 Ctm. (in 3 Absätz.)	Keine Verwachsungen mit der vo deren Bauchwand. Eine Verwach sung einer Dünndarmschlinge m d. Stiel d. Cyste wurde abgebram
60	Ibidem 5/1 1874	Idem.	54 J.	Verh., war 3 Mal schw.	Mit 12 J. nach 6—8 Woch., mit 44 J. nach 4 Wochen.	Seit 1871 blieben die Regeln aus.	Seit 1869. Höchst abgemagerte Person.	Therapeutische.	Colloidcyste mit Ascites complicirt. Welchem Ovarium angehörend u. ob Verwachsungen vorhanden liess sich nicht entscheiden.	13 Ctm.	Dünne, lange, feste nicht gefäs reiche Verwachsungen der ober Abtheilung d. Cyste mit d. Ome tum, mit Köberleschen Pincett gefasst u. zuerst mittelst Schee durchschnitten, später in d. Näh d. Omentum abgebrannt.
61	Peterhof, Privat Wohnung, 29/3 1874	Idem.	59 J.	Hat mehr. Male glücklich geboren, zuletzt vor 25 Jahr., dabei Peritonitis partialis im Puerp. acquir.	Mit 18 Jahr. Sistirten m. 45 Jahr.	—	Behauptet die Krankheit sei nach der Menopause entstanden. Die Cyste wurde im Jahr 1873 diagnosticirt.	Zuerst therapeutische. Den 25. Jan. 1874 Punction dabei 20872 Grm. colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste vermuthlich des linken Ovariums.	18 Ctm.	Schwache nicht blutende Verwac sungen mit der Bauchwand un dem Omentum.

:her, 1 Ctm, breiter und 5 5 Ctm. langer Stiel in den ımp gefasst und die Ge- ıwulst abgebrannt. Der ıdostiel mit 3 seidenen Ligaturen unterbunden.	5 tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte. In der Wunde wurde eine Ligatur zurückgelassen, die rechts im oberen Wundwinkel angelegt worden war.	—	5782	Den 44. Tag gesund entlassen; 3 Tage vorher traten die Regeln ein.	Beim Eröffnen der Bauchhöhle wurde die Vagina musculi recti sinistri am inneren Rande durchgeschnitten. Das Peritonäum war so dick, dass es beim Durchschneiden knirschte.
ger 3 Mal torquirter Stiel n Clamp gefasst und abge- nt. Nach dem Abnehmen d. ıp starke Blutung aus dem ırfe; eine Ligatur an die ɛrie und 2 Ligaturen an die enden Partien des Stieles. Der Stiel versenkt.	4 tiefe und 9 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 10 Min.	10790	Tod den 7. Tag in Folge von Peritonitis.	Der Schnitt durch die Bauchdecken traf den Rand des M. rectus abdominis sinistr. Aus der Bauchhöhle flossen 1632 Gramm antiseptischer Flüssigkeit heraus.
ılich langer und gefässrei- Stiel in den Clamp gefasst abgebrannt. Etliche sicht- Gefässe des Stieles mit dem nabelförmigen Glüheisen erisirt. Der Stiel versenkt.	5 tiefe und 4 oberflächliche Metall-Knopfnähte.	1 St. 37 Min.	7893	Tod 26 Stunden nach der Operation. Collapsus.	Die Cyste gehörte dem linken Eierstocke an.
zer, breiter und gefässrei- Stiel, in 2 Theile getheilt jeder derselben separat mit r Ligatur unterbunden, de- Enden durch den unteren ındwinkel herausgeführt len; die Geschwulst ober- b der Ligatur abgetragen.	An die untere Partie der Wunde wurden 3 tiefe Nähte aus Draht angelegt, die obere Hälfte wurde mit 2 tiefen Koeberleschen Nähten vereinigt. 7 oberflächliche Nähte.	2 St. 5 Min.	5100	Tod den 10. Tag. Peritonitis mit fibrinöseitrigem Exsudat.	Die Cyste gehörte dem linken Ovarium an. Inhalt der Cyste Cholestearinkrystalle, Fett, Haare.
ılich breiter, saftiger an d. ndern gefässreicher Stiel, t von gleicher Dicke, in Clamp gefasst und die Cyste ıbrannt. Nach Abnehmen Clamps Blutung aus den en arteriellen Stämmen, ge- t theils mit schnabelförmi- Glüheisen, theils mittelst gaturen, von denen eine an Rand des Stieles angelegt ırde. Der Stiel versenkt.	2 tiefe (durch's Peritonäum) u. 4 oberflächliche Metallknopfnähte.	1 St. 7 Min.	2046	Genesung den 15. Tag ohne Steigerung der Temperatur.	Nach Eröffnung der Bauchhöhl· floss circa eine Unze ascitischer Flüssigkeit heraus. Die Cyste entwickelte sich wahrscheinlich aus dem rechten Parovarium. 6 Wochen nach der Operation stellten sich die Regeln ein. Vor kurzem benachrichtigte uns die Patientin, sie erfreue sich vollständiger Gesundheit.
nger, breiter gefässreicher l mit 2 Ligaturen unterbun- . Wegen Blutung der Stiel en Clamp gefasst und abge- ınnt. Der Stiel versenkt.	4 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 30 Min.	11370	Tod den 4. Tag an Peritonitis.	Die Geschwulst bestand aus 9 Kammern verschiedener Grösse, mit verschiedenem Inhalte. Die Ligaturen wurden ½ Ctm. oberhalb der Verwachsung des Stieles mit dem Dünndarm, an den Stiel angelegt.
zer Stiel vorläufig mit dem ɛeur gefasst, die Cyste ab- hnitten und der Stiel mit 3 t. en masse unterbunden. ung. An den Stiel wird der -noeud von Koeberle ange- und nicht wieder abgenom.	In der Tiefe wurden 3 Suturae clavatae nach Koeberle angelegt, von denen die untere Naht durch den Stiel unterhalb des Serre-noeud durchgeführt wurde. Ausserdem wurden tiefe (durchs Peritonäum) und 5 oberflächliche Nähte angelegt.	1 St. 30 Min.	31750	Tod den 6. Tag an Peritonitis.	Die Cyste gehörte dem rechten Eierstocke an. Die Bauchdecken waren 4 Querfinger dick.
Stiel der Cyste des linken riums war kurz, nicht breit, ielt wenig Gefässe, Abbren- en mit dem Glüheisen.	4 tiefe und 5 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 15 Min.	D. Cystensack wog 1411 Gr. Das Gew. d. Inhalts konnte nicht genau bestimmt werden; ungefähr betrug dasselbe 13577	Genesung. Die Wunde heilte per primam. Den 3/4 d. tiefen, den 8/4 die oberflächl. Nähte entfernt. Kleiner Abscess in d. Gegend der oberen Naht. Den 18. Tag nach d. Operation stand d. Frau zum 1. Mal auf.	Während der Operation Ohnmacht u. Erbrechen. Die Cyste bestand aus einer grossen Abtheilung u. mehreren kleineren mit mürben Wänden.

62	Petersburg. Privatwohn. 17/5 1874	Idem.	44 J.	3 Mal gebor. zul. v. 11 J. u. 3 Mal abort. im 5. Shwangersch monat.	Mit 15 Jahren reichlich.	Sehr oft und sehr viel.	Bemerkte die Geschwulst im J. 1873. Sehr abgemagerte Person.	**Therapeutische.**	Colloidcyste, Ascites.	25 Ctm.	**Nicht stark blutende Adhasio mit dem Omentum, Dünn- u. th weis mit dem Dickdarm leicht trennt. Ansamml. von c. 2450 colloidartiger Flüssigk. im Cav Peritonäi.**
63	In der Gynäkolog. Abtheil. 4/17 1874	Idem.	30 J.	Unverheirathet, nie geboren.	M. 14 J. darauf $1\frac{1}{2}$ J. ausgeblieben M. 16 J. regelm alle 3 W. 3 T.	Regelmässig aber mit Schmerzen.	Bemerkte die Geschwulst vor 7 Jahren in d. rechten Hypogastrium. Starke Abmagerung.	**Idem.**	Colloidcyste d. rechten Ovariums mit langem Stiel, ohne Verwachsungen.	10 Ctm.	Keine Verwachsungen.
64	Peterhof. Privat-Wohnung. 10/9 1874	Idem.	55 J.	Hat 5 Mal geboren.	Mit 11 Jahren regelmässig, zuletzt im Jahre 1873	Waren ausgeblieben.	Bemerkte die Cyste im Aug. 1873 als eine kindskopfgrosse Geschwulst. Ziemlich abgemagerte Person.	**Idem,**	Seröse Cyste des rechten Ovariums od. Parovariums. Stiel lang. Keine Verwachsungen.	9 Ctm.	Keine Verwachsungen.
65	In der Gynäkologischen Abtheilung. 24/9 1874	Beiderseitige Ovariotomie	38 J.	Ledig.	Mit 16 Jahren alle 3 Woch. 8 Tage	—	Bemerkte die Vergrösserung des linken Hypogastriums im April 1874. Mässige Abmagerung.	**Idem.**	Einkammerige Cyste des linhen Ovariums mit ziemlich kurzem Stiel, wahrscheinl. m. Verwachsungen.	11 Ctm.	Keine Verwachsungen.
66	St. Petersburg, Privatwohnung. 15/3 1875	Einseitige Ovariotomie	38 J.	Jungfrau.	Erinn. sich nicht wann d. Menses z. 1 Mal eingetr 3—4 wöchentl. Typus 3 T. andauer.	2 Tage. Spärlich mit Schmerzen.	Bemerkte die Geschwulst 1 Jahr vor der Operation. Die Abmagerung nahm zu mit d. Wachsen der Geschwulst.	**Idem.**	Uniloculäre Cyste m. langem Stiel. Wegen der starken Spannung der Bauchwand konnte man nicht die Existenz der Verwachsungen diagnosticiren.	13 Ctm.	**Diffuse Verwachsungen mit d Bauchwand. Eine halbe Hand bre Verwachsung mit dem Omentu 1 Theil des degenerirten Oment abgetragen und d.** *blutenden* **(fässe mit 5** *seidenen Ligaturen* **masse à demeure unterbunde Diffuse Verwachs. mit d. Dünnd und Mesenterium, bei deren Tr nung sich eine 2 Stunden lang d ernde, capilläre Blutung, einstel dieselbe gestillt durch Bestreich mit Ol. Martis, Torsion** *und* **C pression mit d. Schwamm.**
67	Gynäkolog. Abth. 18/3 1875	Idem.	27 J.	3 J. verheir., vor 1 J. geboren.	M. 13 J. alle 5 W. 3 T. reichl., m. Schmerz.	Ohne Schmerzen.	Bemerkte die Geschwulst im J. 1874 in d. linken Hypogastrium.	**Idem.**	Colloidcyste des linken Ovariums, vermuthlich ohne Adhärenz. Günstiges Verhalten gegen d. Uterus.	12 Ctm.	Ohne Verwachsungen.
68	Im St. Michael klin. Krankenhause. 2/4 1875	Idem.	42 J.	Hat nie geboren.	Mit 15 Jahren	Waren ausgeblieben.	1 Jahr. Sehr blutarme und abgemagerte Person.	Idem.	Colloidcyste wahrscheinlich d. rechten Ovariums, wahrscheinlich mit dem Darm in der Gegend des rechten Hypochondrium verwachsen.	15 Ctm.	Ohne Verwachsungen.
69	Gynäkolog. Abtheil. 17/5 1875	Idem.	41 J.	Verheir., 4 Mal gebor., zuletzt vor 5 J.	M. 16 J. unregelm. nach d. 1. Geb. alle 3 W. nicht reichl. ohne Schmerzen.	Regelmässig alle 12 Tage.	Vor 4 Jahren. Sehr abgemagerte Person.	Im Juni 1874 wurde in Wien d. Cyste punctirt.	Colloidcyste d. rechten Ovariums, verwachsen mit der Bauchwand, vielleicht auch mit dem Darm und dem Uterus.	21 Ctm.	Breite Verwachsungen der C mit der Bauchwand und d. O tum. Capilläre Blutung aus Verwachsungen mit der Bauch durch beständige Compression telst Schwämmen gestillt. F pressur.
70	Ibidem 22/5 1875	Idem.	36 J.	Verh., 3 Mal glücklich gebor., zuletzt den 15. Mai 1872	Erinnert sich nicht d. 1 Men. Trat regelm alle 3 W. ein, 6 Tage reichl. oh. Sch.	Letzte Menstruation im Sept. 1874.	Bemerkte die Geschwulst im 3. Monate der letzten Schwangerschaft, die glücklich verlief. D. Geburt dauerte 6 St. Starke Abmagerung.	—	Colloidcyste, wahrscheinlich des rechten Ovariums mit langem Stiel, vermuthlich ohne Verwachsungen.	23 Ctm.	Verwachsungen mit dem Omen majus, dem Colon und dem Me terium mit den Fingern zers Die an die Verwachsungen a legten 10 Ligaturen in die Ba höhle versenkt. Abbrennnen degenerirten Omentum u. Anleg von 14 Ligaturen an die blute Gefässe desselben.
71	Akad. Frauenklin. 10/12 1870	Beiderseitige Ovariotomie	30 J.	Verheir. seit d. 18. Januar.	Mit 15 Jahren	Spärlich, traten alle 2 Monate ein.	3 Jahre.	2 Mal punct.	Cyste beider Eierstöcke, wahrscheinlich mit Verwachsungen.	15 Ctm.	Feste gefässreiche, faden und b förmige Adhäsionen mit dem O tum und d. Mesenterium. 2 Li d. Gefässe d. Omentum u. 1 Li d. Gefässe des Ligamentum la

tm. langer, breiter Stiel der te des rechten Ovarium zu- mit dem Ecraseur einge- nmt und sodann mit Catgut-Ligatur unterbunden.	13 tiefe und 7 oberflächliche Metallnähte.	1½ Stunden.	D. gesam. Gewicht d. Cyste u. d. entleerten Inh. betr. 13892 Gr. (Cystensack 10641 u. 3251 Flüssigk.)	Tod 45 Stunden nach der Operation.	D. Cystensack war sehr mürbe. Ein Theil des Inhaltes gelangte in die Bauchhöhle. ⅘ d. Cyste bestand aus einem Conglomerat kleiner Cysten. Das Peritonäum war wie mit Granulationen bedeckt.
ger, dünner, nicht sehr ge-reicher Stiel d. linken Ova-ms, in den Köberleschen np eingeklemmt und abgebrannt.	4 tiefe und 3 oberflächl. Metallnähte. Ausserdem wurden noch 3 oberflächliche Catgutnähte angelegt. Glycerinverband.	50 Minuten.	14821	Genesung. Nach der Operation trat Erbrechen infolge von Chloroform ein. Temperatur-maxim. 38,0. Die Wunde heilte fast überall per primam. Den 5—6. Tag die Nähte entfernt. Den 10/7. gesund entlassen.	—
Cyste gehörte dem rechten rium an. Ziemlich langer, ter und saftiger Stiel mit d. reisen abgebrannt. Arteri-Blutung aus d. Stumpfe, da-ein Theil d. Stieles m. einer lenen Ligatur à demeure rbunden und der Stiel versenkt.	2 tiefe und 3 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 15 Min.	Die Cyste sammt d. Inhalte wog 22733 der Inhalt allein 10271 Gr.	Genesung fast ohne Temperatursteigerung. D. Wunde heilte per primam. Die Nähte wurden den 16—17. Sept. entfernt.	Die Cyste war eine mehrkammerige. Vor der Operation litt die Frau an Bronchitis chronica u. Prolapsus uteri et Vaginae.
ger, breiter, saftiger Stiel nken Ovariums abgebrannt. n Versenken Blutung aus d. rfe, daher 2 Ligaturen. Das te Ovarium cystös degene-etwas vergrössert mit den arfimbrien verwachs. Nach egung von 2 Ligaturen an n Stiel, wurde das Ovarium abgetragen.	2 tiefe (das Peritonäum mitfassende) und 4 oberflächliche Nähte.	1 St. 15 Min.	6,450 Gr. Das rechte Ovarium wog 25 Gramm.	Tod den 27./9. an Peritonitis. Der obere Theil d. Wunde ging 1,5 Ctm. auseinander, sonst war dieselbe verklebt. Hervorsickerung von mit Blut tingirtem Serum aus der Oeffnung der Wunde.	—
ger, 3 Mal torquirter gefäss-her Stiel der Cyste d. linken riums. Rectification u. Ab-nnen mit Ferrum candens.	3 Nähte nach Köberle. 2 tiefe und 5 oberflächliche Metallnähte.	3 Stunden.	Die entleerte Cyste wog 1228, und d. colloide Inhalt 7366 Grm.	Genesung. Die Wunde heilte per primam. Den 3. Tag die Köberleschen Nähte entfernt. Vom 3—7. Tage bestand Collapsus u. Athemnoth, beseitigt durch Einathmen v. Sauerstoff. Den 8—10. Tag die übrigen Nähte entfernt.	Abscesse in den Stichwunden d. Köberleschen Nähte. Während d. Blutstillung waren d. Dünndarm und das Mesenterium 2 Stunden lang der atmosphärischen Luft ausgesetzt.
mlich langer, dicker und ssreicher Stiel mit 2 Liga-n unterbunden u. versenkt.	4 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte.	1½ Stunden.	11752	Tod d. 22/3. an Peritonitis. Die Wunde hat sich theils verklebt, theils war sie aus einander gegangen.	—
rennen des kurzen, breiten s d. Cyste d. rechten Ova-s. Die blutenden arteriel-Gefässe des Stieles wurden seidenen Lig. à demeure rbunden. D. Stiel versenkt.	3 tiefe das Peritonäum mitfassende und 5 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 15 Min.	10543	Genesung. Die Wunde heilte per primam, d. 7/4. alle Nähte entfernt.	In d. Peritonäalhöhle fand man eine geringe Quantität colloider Flüssigkeit; bei genauer Untersuchung konnte doch keine Läsion der Cyste nachgewiesen werden. Zellgewebsentzündung in der Gegend der untersten Naht mit Uebergang in einen ziemlich grossen Abscess.
er, breiter, gefässreicher abgebrannt. Geringe Blu-aus d. Schorfe, daher das lutende Gefäss ligirt.	3 Nähte nach Köberle, 8 tiefe und 6 oberflächl. Metallnähte. Filopressur im oberen Wundwinkel. Listerverband.	2 Stunden.	21550	Genesung trotz Durchfällen und der dadurch stark alterirten Ernährung.	—
ennen des Stieles und An-g einer Ligatur en masse n arterieller Blutung aus dem Schorfe.	2 Nähte nach Köberle. 5 tiefe und 8 oberflächl. Metallnähte.	3 Stunden.	11300	Tod den 3. Tag infolge von Collaps und Peritonitis.	Bald nach der letzten Geburt entstand Prolapsus uteri et vaginae, der sich allmälig vergrösserte. Beim Eröffnen der Bauchhöhle wurde ein 1 Ctm. langer Schnitt ins Peritonäum gemacht, dabei 19 Pf. ascitischer Flüssigheit vermischt mit Colloidmassen entleert.
er, dicker gefässr. u. tor-r Stiel d. recht. Ovariums id. Lig. unterb. An d. Stiel k. Ovar. blos 1 Lig. angel. aller Lig. in d. Beckenh.	4 oberflächl. u. 3 tiefe d. Peritonäum nicht mitfassen. Nähte. (Metallnähte). Die Wunde mit Carbollösung verbunden.	1 Stunde.	13726	Genesung. Den 5. Tag alle Nähte entfernt. Die Wunde heilte per primam.	—

72	Academ. Frauenklin. 31/12 1875	Einseitige Ovariotomie	30 J.	Hat 5 Mal glücklich gebor.	Mit 10 Jahren 4 Wochen, 3-7 T.	Während der Krankh. war sie reichlicher und dauerten länger.	1 Jahr.	30/12 Punct., dabei 1400 Gr. coll. Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste des rechten Ovariums, ohne Verwachsungen.	18 Ctm.	Keine Verwachsungen.
73	Ibidem 23/2 1876	Idem.	—	—	—	Während der Krankheit sistirten die Menses.	Circa 1 Jahr.	—	Colloidcyste des rechten Ovariums, ohne Abhäsionen.	13 Ctm.	Keine Adhäsionen.
74	Ibidem 5/3 1876	Idem.	20 J.	6 Mon. verheirathet.	Mit 16 Jah., 4 Woch. 4-5 T.	Regelmässig, aber reichlicher.	3 Jahre.	Therapeutische.	Cyste des rechten Ovariums, vielleicht mit Verwachsungen.	9 Ctm.	Feste, bandartige Verwachsu mit dem Omentum.
75	In der gynäkolog. Abtheilung. 31/5 1876	Idem.	34 J.	Verh., Die 1. Geburt rechtzeitig, die folgend. Schw. abort. d. Frau Gut entw. u. genährte Pers.	Mit 15 Jahren 4 Wochen, 3 Tage ohne Schmerzen.	Regelmässig.	Bemerkte die Vergrösserung des Leibes im Jahre 1871.	Idem.	Colloidcyste des linken Ovariums, vermuthlich ist die linke Abtheilung mit der vorderen Bauchwand verwachsen.	11 Ctm.	Keine Verwachsungen.
76	Ibidem 19/7 1876	Idem.	30 J.	Ist 3 J. verheir., steril. Anäm. nicht sehr abgemag. Pers.	Mit 13 J., alle 4 W., 5 Tage Die ersten 7 Jahre ohne Schmerzen.	Mit Schmerzen.	Bemerkte die Geschwulst i. J. 1873 i. link. Hypogastr. Seit der Heirath kränkelt Pat. beständ. Erkrankte an einer Haematocele.	Elektropunctur während des Jahres 1875.	Colloidcyste des linken Ovariums mit langem Stiel.	14 Ctm.	Breite Verwachsungen mit d Omentum. 4 Ligaturen à perdu.
77	Ibidem 22/1 1877	Idem.	39 J.	Witt., war 20 Jahre verheirathet, steril.	Mit 14 Jahren	Regelmässig im Anfange der Krankheit. Sistirten October 1866.	Beinahe 2 Jahre. Sehr abgemagerte Person.	—	Colloidcyste vermuthlich des rechten Eierstocks, ohne Verwachsungen mit dem Uterus; besitzt scheinbar einen genügend langen Stiel und ist mit dem Peritonäum parietale verwachsen.	18 Ctm.	Leicht ablösbare Verwachsun mit dem Omentum u. Peritonä 5 Seiden-Ligaturen an die wachsungen mit dem Oment angelegt und in die Bauchhöh demeure versenkt. *Acupres* Gossypium ferratum.
78	Ibidem 9/2 1877	Idem.	50 J.	Jungfrau.	Mit 16 Jahren Sistir. mit 43 Jahren	—	½ Jahr.	Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Eierstocks. Verwachsungen mit der Bauchwand. Vermuthlich kurzer Stiel.	18 Ctm.	Geringe Blutung beim Ablösen Verwachsungen mit der Bau wand. Die morsche Wandung Cyste riss ein. Da der Inhalt dem dicksten Trokart nicht ausfloss, so wurde er mit dem fel entfernt; circa 1 Pfd. da gelangte in die Bauchhöhl
79	St. Petersburg, Priv.-Wohn. 7/4 1881	Idem.	18 J.	Jungfrau.	Mit 12 Jahren	Schmerzhafte	Bemerkte die Geschwulst im J. 1876, die zu d. Zeit etwa kindskopfgross war. Sehr anämische Person.	Im Dec. 1876 Punction, dabei 6528 und den 22/2 77 2. Punction, dabei 4488 Grm. colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste, wahrscheinl. des linken Ovariums, ohne Verwachsungen, mit einem langen Stiel.	12 Ctm.	Der obere Theil der Cyste wa d. Omentum auf einer nicht sen Fläche verwachsen.
80	In der gynäk. Abth. des Gebärhauses 22/5 1877	Idem.	23 J.	Jungfrau.	Mit 13 Jahren	Regelmässig.	4½ Jahre. Ausgesprochene Abmagerung.	Therapeutische.	Colloidcyste, vermuthlich d. rechten Eierstockes, verwachsen mit der vorderen Bauchwand.	20 Ctm.	Diffuse Verwachsungen mit Uterus, Dünndarm, der vor Bauchwand u. dem Omentum Theil des Letzteren, als festes tes Band, verlief zur Cyste un ponirte zunächst als Stiel d. An die Verwachsungen wurd Ligaturen à demeure angeleg Pseudostiel mit dem Thermoc abgebrannt.
81	Ibidem 29/5 1877	Idem.	27 J.	Verh. seit 8 J. Hat 3 Mal glück. gebor., zul. v. 1 Jahr.	Mit 15 Jahren	Das letzte Jahr Menstruatio dolorifica.	Bemerkte die Geschwulst im December 1876, indem sie Schmerzen im Unterleibe hatte. Anämische Pers.	Idem.	Einkammerige seröse Cyste vermuthlich d. rechten Ovariums, ohne Verwachsungen (ist beweglich), mit scheinbar nicht kurzem Stiel.	8 Ctm.	Keine Verwachsungen.

...cker, langer, 2 Mal torquir- ... Stiel mit d. Koeberleschen ...amp eingeklemmt. Abbren- ...n und Versenkung des Stum- pfes in die Beckenhöhle.	3 oberflächliche u. 3 tiefe, das Peritonäum nicht mitfassende Metallnähte. 2 Nähte nach Koeberle. Glycerinverband.	?	9677	Starb an Peritonitis. Die Nähte nach Koeberle wurden den 4. Tag entfernt.	—
...emlich langer, 2 Mal torquir- ...r Stiel, mittelst Ferrum can- ...s abgebrannt und versenkt.	2 oberflächliche und 3 tiefe Metallnähte.	?	11800	Genesung. Zuerst Glycerin, später trockener Charpieverband. Heilung per primam intentionem.	—
...reiter nicht zu langer Stiel ...gebrannt und in die Beckenhöhle versenkt.	2 oberflächliche und 2 tiefe (das Peritonäum nicht mitfassende) Metallnähte, ausserdem 1 Naht nach Koeberle.	50 Minuten.	17518	Starb an Peritonitis.	Ein Theil des Cysteninhalts gelangte bei der Extraction ins Cavum peritonäi. Langdauernde Toilette desselben.
Breiter, langer Stiel wurde abgebrannt.	2 tiefe und 4 oberflächliche Nähte.	50 Minuten.	9420	Genesung den 20. Tag. Die Wunde heilte per primam. Den 5. Juni waren alle Nähte entfernt. Nach der Operation Erbrechen in Folge Chloroforms.	—
...nger, breiter, saftiger Stiel ...t stark entwickelten, bis zu ...eifederdicken Venen. Stiel ...t Seide doppelt ligirt, wurde versenkt.	Zwei Nähte nach Koeberle, 5 tiefe (das Peritonäum mitfassende) und 2 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 40 Min.	14900	Genesung. Die Nähte nach Koeberle den 4. Tag und die Metallnähte den 5.—6. Tag entfernt. Die Wunde heilte per secundam. Die sich entwick. Parametritis wurde theils resorbirt, theils abscedirte sie in die Vagina.	Der Uterus war nach rechts gewunden und nach hinten verlagert. Die Nähte nach Koeberle wurden in Folge unstillbarer Blutung aus den Wundrändern angelegt.
...anger Stiel in dem unteren ...undwinkel vermittelst Serre- ...eud befestigt und einer Na- ...el, die über der Wundfläche ...d dem Serre-noeud durch den ...umpf durchgestochen wurde.	3 tiefe u. 7 oberflächliche Metallknopfnähte. 3 Nähte nach Koeberle. Drain.	2 St. 10 Min.	7700 (Cystensack 1350 und Inhalt 6350).	Genesung. Acupressur und Koeberle'sche Nähte am 2. Tage, d. übrigen am 5. u. 7. Tage entfernt. Den 7. Tag zeigte sich aus den Stichkanälen guter Eiter. Der Drain den 15. Tag entfernt. Gesund entlassen den 54. Tag.	Während d. Extraction platzte d. Cyste, dabei ergoss sich ca. 3 Pfd. colloid. gallertig. Flüssigkeit in's Cavum periton. Die rechte Tuba, cystös erweitert, enthielt ca. ein. Esslöffel, durch Punction entleerte, seröse Flüssigk. D. Acupressur stillte vollständig d. capillär. Blutung aus der Bauchwand. Mühsame Toilette. Nützlich erschien das Gossypium ferratum.
...urzer, breiter, gefässreicher ...iel, theilweise mit d. Dünn- ...arm verwachsen, abgebrannt. ...rter. Blutung aus d. Schorfe ...ermittelst seidener Ligatur à ...meure gestillt. Der Stiel ver- ...nkt. Parenchymat. Blutung ...n nappe) aus dem Peritonäum ...der Stelle der Verwachsung ...ermittelst Gossypium ferrat. gestillt.	Nach der Toilette der Bauch- und Beckenhöhle wurden 3 Koeberle'sche, 3 tiefe und 10 oberflächl. Metallknopfnähte angelegt. Drain.	2 Stunden.	9800 abgerechnet den Verlust bei d. Extraction.	Genesung. Entlassen 10 Woch. n. d. Operat. D. Koeberle'schen Nähte den 2., die übrigen den 5. u. 6. Tag entfernt. Den 3. Tag zeigte sich aus dem vaginalen Theil d. Drains anfangs seröse, später eitrige Flüssigkeit, die 2 Woch. lang beständig herausfloss. Den 31. Tag heilte die Wunde per secundam, dann erst der Drain entfernt.	Aus den Stichkanälen der Koeberle'schen Nähte — Eitersenkung in die Wunde hinein. Erysipelatöser Process. Die Rose verminderte sich den 7. Tag u. schwand vollständig den 9. Tag mit fast gleichzeitigem Durchbruch des Eiters aus den Stichkanälen.
...hr breiter und gefässreicher, ...emlich langer Stiel der Cyste ...s linken Ovariums mit 3 sei- ...nen Ligaturen unterbunden ...nd versenkt. Die blutenden ...fässe des Omentum majus ...urden auch mit 2 seidenen Ligaturen unterbunden.	Zwei Nähte nach Koeberle, 4 tiefe und 5 oberflächliche Metallnähte.	1½ Stunden.	9621	Genesung. Den 8./4 die Koeberle'schen Nähte gelockert u. den 9./4 entfernt. Den 12./4 4 und d. 14./4 die übrigen Nähte abgenommen. Den 27./4 brach per vaginam ein Abscess des Stumpfes auf. Die Wunde heilte per primam.	Es war e. multiloculäre Cyste. Da die Cystenwand sehr weich und leicht zerreissbar war, so gelangte ein Theil des colloiden Inhaltes in die Bauchhöhle.
...er Stiel der Cyste des rechten ...arovarium war breit; an dem ...rechten Lig. latum befanden ...ch 2 kirschgrosse Cystchen u. ...auf dem Eierstocke selbst 2 ...erbsengrosse Fibroide. Der ...iel wurde mittelst Thermo- ...uter abgebrannt u. versenkt.	Drei Nähte nach Koeberle, 3 tiefe und 10 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	3½ Stunden.	14365 (Cystensack 165 und Inhalt 14200)	Tod 48 Stunden nach der Operation an Peritonitis.	—
...r ziemlich lange, mit dicken ...fässen versehene, breite Stiel ...it dem Thermocauter abge- ...annt. Die Blutung aus dem ...horfe mittelst 3 seidener Li- ...turen gestillt. Der Stiel in ...n unteren Wundwinkel eingenäht.	2 tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	1 Stunde.	3105 (55 Cystensack und 3050 Flüssigkeit.)	Tod den 4. Tag an Peritonitis.	—

2*

82	Ibidem 15/6 1877	Idem.	45 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren	Die letzte Menstruation war vor 2 Jahren.	½ Jahr; ziemlich abgemagerte Person, Oedem der Beine.	—	Colloidcyste des rechten Ovariums, scheinbar ohne Verwachsungen, ist beweglich.	11 Ctm.	Verwachsungen mit dem Ute[rus] und Dickdarm. Beim Versuch[e] Verwachsungen mit dem Uterus [zu] lösen, stellte sich starke capill[äre] Blutung ein, daher der Vers[uch] aufgegeben.
83	Ibidem 1/7 1877	Idem.	24 J.	Hat einmal v. 2 Jahren einen Mon. z. früh geb. 2Mon. v. d. Geb. Schm. 'm Leibe. Nach d. Geburt 8Mon. krank.	Mit 15 Jahren	Regelmässig, aber von Schmerzen begleitet, zuletzt 2 Tage vor der Operation.	2 Jahre, Recht abgemagerte anämische Person.	Therapeutische.	Bewegliche multiloculäre Cyste vermuthlich des rechten Ovariums.	17 Ctm.	Verwachsungen der Cyste mit d[em] degenerirten sehr gefässreiche[n] Omentum, Coecum und Uteru[s], dieselben mit den Fingern getre[nnt] und mittelst 18 seidenen Ligatu[ren] à demeure unterbunden. Auf d[em] Omentum befanden sich kleine [Er]habenheiten, ein Theil dessel[ben] (ca. ℥jjj Gewicht) abgeschnitt[en].
84	Pawlowsk, Priv.-Wohnung, 4/8 1877	Beiderseitige Ovariotomie	29 J.	Hat nie geboren.	Mit 14 Jahren	Alle 1—1½ Wochen, reichlich mit Schmerzen.	Bemerkte die Geschwulst Anfang 1875. Entkräftet durch die die Krankheit begleitend. Menorrhagien, sonst kräftig gebaut. Hernia umbilicalis.	Zuerst therapeutisch vorgeschritten, sodann 2 Punctionen durch d. Bauchdecken (Mai u. Juni 77), bei der 1. wurde 4090, b. der 2. 6139 Gramm colloider Flüssigkeit entfernt.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums, ohne Verwachsungen. Ascites.	20 Ctm.	Circa 3264 Grm. ascitisch. Flüss[igkeit] entleert. Handbreite Verwach[sung] mit der Bauchwand in der Geg[end] des Nabels. Die Adhäsionen mit [dem] Omentum mittelst Seide ligirt. E[in] Theil des Omentum (ca. ℥j) abg[e]schnitten. Eine Ligatur an die bl[u]tenden Gefässe des Peritonäums [in] der Gegend der Verwachsung m[it dem] Omentum.
85	Gyn. Abth. der Gebärhauses. 12/10 1877	Einseitige Ovariotomie	52 J.	36 J. verheir., nie geboren.	Mit 14 Jahren [Menopausis v. 12 J.]	—	Bemerkte die Geschwulst vor 16 Monaten.	Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste vermuthlich ohne Verwachsungen.	9 Ctm.	Keine Verwachsungen.
86	Ibidem 13/10 1877	Beiderseitige Ovariotomie.	35 J.	Ledig.	Mit 17 Jahren	In der letzten Zeit von Schmerzen begleitet.	2 Jahre. Nicht abgemagerte Person.	Idem.	Bewegliche Colloidcyste des linken Ovariums. Keine Verwachsungen mit dem Uterus und der Bauchwand.	13 Ctm.	Es erwies sich, dass die Cyste d[es] linken Eierstocks verwachsen w[ar] mit der vorderen Bauchwand, de[m] Omentum und fast die ganze hi[n]tere Fläche der Gyste mit d. Dün[n]darm. Die rechte orangegross[e] Cyste hatte keine Adhäsionen. 2 seidene Ligaturen an die Ve[r]wachsung mit d. Omentum. 3 Li[]gaturen an d. Verwachsungen m[it] dem Dünndarm, alle à demeure.
87	St. Petersb. Priv.-Wohnung. 8/3 1881	Einseitige Ovariotomie	49 J.	Verheirathet, Nullipara.	Mit 16 Jahren	Menopausis 3 Jahre vor der Operation.	Der Beginn der Krankheit unbek. Vor 2 Jahren begann Pat. abzumagern.	Therapeut. 1 Mon. v. der Operat. Punction. Die Erleichterung darnach dauerte 3 Woch.	Colloidcyste des rechten Eierstocks.	13 Ctm.	Verwachsungen mit der vordere[n] Bauchwand und dem Omentum. 1/3 des letzteren wurde abgetrage[n].
88	In der Frauenabtheilung des Gebärhauses. 6/4 1877	Beiderseitige Ovariotomie	34 J.	Verheirathet, 9 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren	Mit 16 Jahren	Menopausis vor 7 Jahren.	Vor 2 Jahren. Blutarm. Genügende Ernährung.	Punctio abdominis den 26. October 1877, dabei 2500 Grm. colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste des rechten Ovariums, verwachsen mit der vorderen Bauchwand.	15 Ctm.	Starke Blutung aus der Adhäsion[s]fläche des oberen Theils der Cy[ste] mit der Bauchwand, gestillt ve[r]mittelst Eis und a. m. Gossypi[um] ferratum.
89	Ibidem 9/4 1878	Einseitige Ovariotomie.	20 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren	Letzte Menstruation im August 1877.	Bemerkte die Geschwulst vor 2½ Jahr.	Punctio abdominis den 21. December 1871, dabei 10,000 Grm. klarar Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste scheinbar des linken Ovariums. Der Stiel der Cyste ist leicht durchzufühlen.	12 Ctm.	Keine Verwachsungen vorhande[n].
90	Peterhof, Privat-wohnung. 25/5 1878	Idem.	23 J.	Ist 6 Jahre verheirathet, nie gravid gewesen.	Mit 16 Jahren	Regelmässig.	4 Jahre. Gut genährte Person.	Therapeutische.	Colloidcyste des rechten Ovariums, mit langem Stiel, vermuthlich ohne Adhäsionen.	12 Ctm.	Keine Verwachsungen.

rkurzer, breiter, fleischiger l, an dessen Bildung alle äsionon Theil nahmen, in Clamp gefasst und mit dem rmocauter abgebrannt. Da Stiel zu kurz war, so war n genöthigt einen kleinen il der Cystenwand zur Bil- g d. Stumpfes mitzufassen.	2 tiefe und 3 oberflächliche Metallnähte. Drain.	1 St. 35 Min.	4900 (800 Cystensack und 4100 Flüssigkeit.)	Genesung den 41. Tag. Die Nähte wurden am 7. und 10., der Drain am 23. Tag entfernt.	In der Wandung der grossen Kammer der Cyste befanden sich secundäre Cystchen. Auf der Innenfläche der Cyste sassen papilläre Excrescenzen.
ägend langer Stiel in mei- Clamp gefasst und vermit- desselben und der, durch Stumpf über der Wunde rchgeführten, Nadel befestigt.	3 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Nach der Toilette der Bauch- und Beckenhöhle wurde ein Drain eingeführt.	2½ Stunden.	5520 (Sack 1430 u. colloid. Inhalt 4090).	Genesung. Die Kette des am 9. Tage abgenommenen Clamps wurde den 5. und 7. Tag fester angezogen. 4 Nähte am 5., die übrigen am 9., der Drain am 41. Tage entfernt. Die Wunde heilte per secundam.	Beim Eröffnen der Bauchhöhle floss ca. ½ Pf. ascitischer Flüssigkeit heraus. Die Wände der Cyste schlaff, neben der Canüle floss der Inhalt heraus, daher die Oeffnung mit dem Finger erweitert und der Inhalt, bei Seitenlage der Pat., in d. untergestellten Gefässe gesammelt.
lter, kurzer, dünner, nicht ssreicher Stiel des linken stocks zuerst mit dem Ec- ur eingeklemmt, sodann 2 ene Ligaturen angelegt, d. l versenkt. Kurzer Stiel d. ös entarteten hühnereigrossen rechten Ovariums in zwei ge getheilt, mit 2 seidenen aturen à demeure unterbun- und versenkt. Das rechte arium ebenfalls entfernt.	Zuerst wurde der Rand des Nabelringes angefrischt, dann 2 Nähte nach Köberle, 3 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte angelegt. Drain.	2 Stunden.	?	Genesung. Die Wunde heilte per primam. Den 5/8. die Köberleschen Nähte gelockert und den 6/8. abgenommen; die übrigen Nähte den 9.—10.—12. Tag entfernt und der Drain den 21/8. Kleine Abscesse an den Stichwunden der Köberleschen Nähte.	Enorme venöse Blutung bei der Operation, aus der Cyste. Schwere Herausbeförderung derselben wegen mürber, leicht zerreisslicher Wandungen.
iter Stiel der Cyste des lin- n Ovariums wurde abgebrannt und versenkt.	2 tiefe und 3 oberflächliche Metallnähte.	1 St. 10 Min.	6950	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	—
lange nicht dicke Stiel der ten Cyste (zeigt Windungen eine Nabelschnur) mittelst der seidener Ligaturen un- nunden; der dünne Stiel der hten Cyste ebenfalls mit ei- seidenen Ligatur unterbunden und versenkt.	2 tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	2 St. 20 Min.	8100	Genesung nach 56 Tagen. Die Nähte den 7.—8.—9. Tag entfernt. Den 36. Tag wurde ein Vollbad verodnet, ohne das, am 42. Tag entfernte, Drain herauszunehmen.	Trotz der vorhandenen Verwachsungen war die Cyste sammt dem Peritonäum frei beweglich infolge der serösen Infiltration des darunter liegenden Zellgewebes. Der Inhalt der linken Cyste war Chokoladenfarb., d. der rechten — hell.
Stiel in 3 Stränge getheilt jeder Theil mit einer seien Ligatur à demeure unterden und der Stiel versenkt.	3 Nähte nach Köberle, 4 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte.	2 Stunden.	13011	Tod an Peritonitis.	Es wurden 14 Drachmen Chloform verbraucht.
mer, langer, gefässreicher el der Cyste des rechten riums abgebrannt, später r 2 seidene Ligaturen à de- re angelegt und der Stiel enkt. Das linke, mit dün- Stiel versehene und von nen Cystchen durchsetzte rium wurde abgetragen. e Ligatur à demeure an den l. Die rechte degenerirte be ebenfalls abgetragen.	2 Nähte nach Köberle und 10 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	2 Stunden.	11300	Genesung. Grosse Schwäche bis zum 10. Tage. Am 3. Tag Köberlesche, am 8. u. 10. Tage die übrigen Nähte entfernt. Abscesse der Stichkanäle. Der untere Theil des Drains nach 7 Monaten entfernt. Die Patientin wurde mit dem oberen Theil d. Drains, durch welchen vom 10. Tage an Darminhalt herausfloss, entlassen. Das Herausfliessen des Speisebreies hörte einige Tage vor der Entlassung auf. Wahrscheinlich d. Darm beim Durchführen des Drains verletzt.	Der sehr schwache Puls der Patientin forderte Vorsicht beim Chloroformiren. In der Wand des einkammerigen Cystensackes fand man ein festes Conglomerat. Etliche Monate nach der Entlassung schrieb Patientin, dass sie vollständig gesund sei und dass der Fistelgang in der Bauchwand bald nach Entfernung des nachgelassenen Theils des Drains verheilte.
sehr lange, gefässreiche l der Cyste des rechten Ova- s abgebrannt und versenkt.	2 tiefe und 5 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain. Die tiefen wurden am 3., die oberflächlichen am 11., der Drain am 21. Tag entfernt.	1¼ Stunde.	10700	Genesung 2 Monate nach der Operation. Die Wunde heilte vollständig den 10. Tag.	Nach der Punctio abdominis im December 1871, wurde eine cystöse Geschwulst constatirt, bei der Ovariotomie erwies sich dieselbe als ein harter Tumor in der Wand des Cystensacks.
Cyste gehörte dem rechten stocke an. Abbrennen des en, derben, ziemlich schmalen Stiels.	4 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Drain.	1¼ Stunde.	9003 (Cyste allein 1445)	Tod an Peritonitis. Durch den Drain entleerte sich ziemlich viel Blut. Anämie. Zum Zwecke die blutende Stelle aufzufinden, wurden die unteren Nähte abgenommen, doch war der Befund negativ. Das Peritonäum stark geröthet.	Das Einspritzen von Aqua haemostatica Nelubini durch den Drain stillte die Blutung nicht

91	Pawlowsk. Privatwohnung. 28/5 1878	Beiderseitige Ovariotomie.	35 J.	Jungfrau.	Mit 13 Jahren	Die letzten 5 Jahre mit Schmerzen.	3 J. Leidet an Athemnoth und allgemeiner Schwäche Sehr anämische und abgemagerte Person.	Idem.	Colloidcyste, vermuthlich d. rechten Ovariums, scheinbar mit einem kurzen Stiel und ohne Adhäsionen.	12 Ctm.	Keine Verwachsungen.
92	Gyn. Abth. d. Gebärh. 12/10 1878	Einseitige Ovarioto-	38 J.	Wittwe, 17 J. verheir., nie geboren.	Mit 14 Jahren	Letzte Menst. den 25. Sept. 1878 ohne Schmerzen, in geringer Quantität.	Bemerkte vor 5 J. 1 kindskopfgr. Geschw. Blutarme wenig abgem. Person.	Idem.	Colloidcyste des linken Ovariums, vermuthlich ohne Verwachsungen.	17 Ctm.	Schwache, aber blutende Adhä nen in der Umgebung der Wun Bandartige Verwachsungen mi Uterus und dem linken Lig. la unterbunden.
93	Ibidem 4/12 1878	Einseitige bei einer Schwangeren im 7. Monate.	25 J.	Verh. $1\frac{1}{2}$ J. Decem 1877 Frühgeb. im 7. Schw.-monate Zwillin. Nach d Geb. 6 Woch. krank.	Mit 15 Jahren	Letzte Menstruation im Mai 1878, von Schmerzen begleitet.	Bemerkte die Geschwulst bald nach der Geburt, vor einem Jahre. Blutarm. Geringe Abmagerung.	Punctio abdominis im 4. Monate der Schwangerschaft, die erst nach der Punction constatirt wurde.	Colloidcyste des rechten Ovariums.	18 Ctm.	Schwache aber leicht blutende häsionen rechts mit der vorde Bauchwand. Die Blutung wu gestillt vermittelst: Ol. Mar Glacies, 4 seidene Ligaturen an Verwachsungen mit dem Omen und 3 an das Omentum selbst, an die spritzende Arterie d. Bau wunde angelegte seidene Liga wurdê nach aussen geführt.
94	Ibidem 26/3 1879	Einseitige Ovariotomie	37 J.	Verh., 6 Mal gl. geb. Nach d letzten Geb. im J. 1869 litt Sie 3 M. l. an ein. Entz. d Unterl.	Mit 14 Jahren regelmässig.	Nach der letzten Geburt von Schmerzen begleitet.	6 Jahre vor der Operation war das rechte Ovarium vergrössert. Blutarme sehr abgemagerte Person.	Therapeutische.	Colloidcyste, vermuthlich des rechten Ovariums, verwachsen mit dem Uterus u. der Bauchwand. Vielleicht wird man genöthigt sein nur eine partielle Ovariotomie auszuführen.	11 Ctm.	Verwachsungen der Cyste mit vorderen Bauchwand, theilw mit dem Omentum, dem vorde Rande d. Leber u. dem Dickda Blutung aus den Verwachsun gestillt mittelst zweier seide Ligaturen, deren Enden nach a sen geführt wurden.
95	Ibidem 26/5 1879	Idem.	45 J.	Ledig.	Mit 12 Jahren regelmässig.	Während der Krankheit in geringer Quantität alle 2—3 Monate.	Bemerkte die Geschw. vor 8 Monaten. Buckelige, mittelm. ernährte Person	Während der Krankh. zeitweise Schmerzen im Unterleibe 1 Mal Metrorrhagie.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums, — scheinbar ohne Verwachsungen mit dem Uterus, der vorderen Bauchwand und dem Becken, — beweglich.	9 Ctm.	Verwachsung der Cyste rechts der Bauchwand mit einer seide Ligatur à demeure unterbun Geringe Quantität ascitisch. Fl sigkeit. Stark entwickelt. Ven plexus am Peritonäum pariet
96	Ibidem 1/6 1879	Idem.	23 J.	1 Mal glückl. gebor. 3 Mon. nach d. Geburt Blut., 2 Mon. l. anh.	Mit 14 Jahren reichlich.	Sehr gering, von Schmerzen begleitet.	Bemerkte eine orangegrosse Geschwulst im Leibe, im März 1879. Ernährung gut.	Therapeutische.	Colloidcyste des linken Ovariums ohne Verwachsungen, nach allen Seiten hin wenig beweglich.	9 Ctm.	Capilläre Blutung aus der Bau wunde.
97	Ibidem 17/10 1879	Idem.	29 J.	Verh. 8 W. vor d. Oper. im Entbind.-Hause. gebor.	Mit 12 Jahren regelmässig.	Normal.	Bemerkte die Geschwulst 3 Jahre vor der Operation. Anämische, mittelmässig ernährte Person.	Idem.	Seröse Cyste, vermuthlich des rechten Ovariums, ohne Verwachsungen.	10 Ctm.	Keine Verwachsungen vorhand
98	Ibidem 22/12 1879	Idem.	50 J.	Wittwe. 6 Mal glückl. gebor., zuletzt v. 7 J.	Mit 16 J., alle 3 W., 7 Tage, ohne Schm.	—	Vor $1\frac{1}{2}$ J. bemerkte Pat. eine Vergr. d. Unterl. Zieml. abgemagert. Zeitw. Metrorrhagien.	25. Apr. 1879 Punction der Cyste durch d. Bauchdecken dab. 8000 Grm. colloider Flüsigk. entleert.	Colloidcyste, vermuthlich d. rechten Ovariums, steht nicht in fester Verbindung mit dem Uterus, ist wenigstens nicht mit grosser Fläche der vorderen Bauchwand adhärent.	17 Ctm.	Keine Verwachsungen. Die C bestand aus vielen Kammern, Entleerung derselben war u möglich.
99	Ibidem 7/4 1880	Idem.	39 J.	Verheirathet. Hat 1 Mal vor 15 Jahren geboren.	Mit 13 Jahren alle 3 Woch., 4—5 Tage, einige Mal v. Schm. begl.	Während der Krankheit alle 12 Wochen, zuletzt im Januar 1880	Bemerkte die Geschwulst vor $1\frac{1}{2}$ J. Blutarme, abgemagerte Person.	$1\frac{1}{2}$ Monate vor der Operation Enteroperitonitis. Therapeutische.	Multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums ohne Verwachsungen m. d. Uterus, der Bauchwand u. dem Becken, ist beweglich (besonders in der Chloroformnarcose).	17 Ctm.	Ausgedehnte Verwachsungen Cyste mit d. Omentum, d. D darm und dem Mesenterium. grösste Theil des Omentum a tragen. 7 seidene Ligaturen à meure an die Verwachsunge
100	Ibidem 7/4 1880	Idem.	39 J.	Jungfrau.	Mit 12 Jahren	Im Anfange der Krankheit regelmässig, blieben aus 6 Monate vor der Operation.	Bemerkte die Geschwulst vor 4 Jahren. Sehr abgemagerte Person.	Im Jahre 1879 Punction der Cyste durch die Bauchdecken, dabei 9000 Grm. colloider Flüssigkeit entl.	Grosse Cyste, unbestimmt welchen Ovariums, wahrscheinlich mit colloidem Inhalte.	12 Ctm.	Ausgebreitete Verwachsunge Cyste mit der Bauchwand, t weise mit dem Omentum, der I und dem rechten Lig. latum. E näckige Blutung aus den Verw sungen, an die 6 Ligaturen à meure angelegt wurden.

er, gefässreicher Stiel der des rechten Ovariums mit aturen unterbunden und akt. Der Stiel der linken in 2 Stränge getheilt, seidenen Ligaturen unnden, die Cyste mit der ere abgetragen und der Stiel versenkt.	4 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte. Drain durch d. hintere Scheidengewölbe.	½ Stunde.	11,257 (D. Cyste 617, der Inhalt 10640). Link. cystös entartetes Ovar. wog 30 Gramm.	Genesung. Die Verklebung der Wunde trat den 2. Tag ein. Den 4. Juni 3 Nähte entfernt; aus den Stichwunden fliesst gutartiger Eiter heraus; Röthungen der Umgebung. Den 6.—7./6 wurden die übrigen u. den 17. Juni der Drain entfernt.	—
kurze Stiel abgebrannt; Zerstörung des Schorfes sich Blutung aus etlichen sen, daher wurden 5 sei- Ligaturen à demeure ant und der Stiel versenkt.	Eine Naht nach Koeberle in Folge capillärer Blutung aus der Bauchwunde. Eine tiefe u. 5 oberflächliche Metallnähte. Drain.	2 Stunden.	9300 (1200 und 8100)	Gesund entlassen den 56. Tag. Koeberle'sche Naht am 2., die übrigen am 9. u. 10., der Drain am 14. Tage entfernt. Die inneren Ränder der Wunde heilten per primam.	—
m rechten Winkel des s verlaufende lange dicke gefässreiche Stiel d. Cyste Ligaturen à demeure unbunden und versenkt.	Acupressur d. rechten Bauchwand. 3 Nähte nach Koeberle, 3 tiefe u. 7 oberflächliche Metallnähte.	2½ Stunden.	31230	Tod den 2. Tag an Peritonitis. Acht Stunden nach der Operation traten Geburtswehen ein, 9 Stunden später (17 St. nach d. Operation) kam Pat. mit einem lebenden Kinde nieder. Blutung war nicht eingetreten. Nach der Geburt Tympanitis. 24 St. nach der Operation eine Koeberle'sche Naht und d. Acupressurnadel entfernt.	Die rasche Ansammlung des Cysteninhalts nach d. Punction brachte die Patientin so weit herunter, dass man gezwungen war den Termin der rechtzeitigen Geburt nicht abzuwarten und die Ovariotomie vorzunehmen.
er, breiter, dünner Stiel yste des linken Ovariums seidenen Ligaturen à de- unterbunden und versenkt. Drain.	Zwei Nähte nach Koeberle, 3 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte.	2½ Stunden.	14070	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	Der Uterus war in der Weise gelagert, dass sein linker Rand nach vorne gekehrt war und d. rechte Rand in der Kreuzbeinaushöhlung lag. Die Form des Uterus war verändert (Obliquitas uteri). Das linke Ovarium befand sich in der rechten, das rechte in der linken Hälfte des Beckens.
t dünner, aber kurzer Stiel yste vermittelst 2 seidener turen à demeure unterbunden und versenkt.	Eine tiefe Naht und 5 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	1 Stunde.	2370	Genesung. Nach der Operation stieg d. Temperatur nicht über 38,5 C. 3 Nähte wurden am 6., die übrigen am 8., d. Drain am 23. Tage entfernt.	Es wurden 1350 Gramm ascitischer Flüssigkeit gesammelt, dieselbe vor der Operation zu diagnosticiren war sehr schwer, da die seitlich gelagerten Gedärme stark aufgetrieb. waren.
er, sehr kurzer, fleischiger mit 2 seidenen Ligaturen erbunden und versenkt. Drain.	Eine Koeberle'sche Naht, drei tiefe, 2 oberflächliche Metallnähte, ausserdem 3 seid. oberflächliche Nähte.	1½ Stunde.	4880	Nach d. Operation fieberte Pat. beinahe gar nicht. Den 2. Tag d. Koeberle'sche Naht entfernt, später bildeten sich an ihrer Stelle in der Bauchwand kleine Abscesse. Die seidenen Nähte am 4., die übrigen am 7. u. 10. Tage, der Drain am 14. Tage entfernt.	Die Genesung verzögerte sich durch Eiterung an der Stelle der Koeberle'schen Naht. Die Patient. den 37. Tag entlassen.
iemlich lange, breite Stiel yste des rechten Ovariums iem Thermocauter abget. Wegen Blutung aus d. fe 3 seidene Ligaturen. Stumpf in dem unteren lwinkel mittelst einer lan- Nadel befestigt. Drain.	Die Bauchwunde in der Gegend des oberen Wundwinkels mit einer doppelten Metallknopfnaht geschlossen. An den übrigen Theil der Wunde wurden 4 tiefe Metallnähte angelegt.	1 St. 40 Min.	8700	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	Die Pat. trat ein im 7. Schwangerschaftsmon. Die Cyste befand sich in der oberen Hälfte d. Bauchhöhle, über d. Uterus. Die Geburt war eine rechtzeitige. Während der Wehen bemerkte man kein Härterwerden der Cyste. Puerperium normal.
er. breiter Stiel der Cyste echten Ovariums vermit- 2 seidener Ligaturen à de- unterbunden u. versenkt.	Drei tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	1½ Stunden.	11,550 Cystensack 2950 und Flüssigkeit 8600	Genesung.	Man vermuthete einen fibrösen Polypen in der Gebärmutterhöhle.
ger, breiter, fleischiger, tark entwickelten Venen ine minimum 1 Ctm. im messer) versehener Stiel yste des linken Ovariums st 2 seidener Ligaturen à eure unterbunden und versenkt.	5 tiefe u. 6 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	1 St. 50 Min.	4600 Cystensack 2050 und Inhalt 2550	Genesung. Die ersten Tage n. der Operation wegen schwacher Herzthätigkeit mehreremal am Tage Tra Moschi subcutan injicirt. Maximum der Temperatursteigerung am 3. Tage. Die Nähte wurden am 5. u. 8., der Drain am 36. Tage entfernt.	Dieser Fall beweist auch d. Unmöglichkeit, Verwachsungen der Cyste mit d. Darm zu diagnosticiren. Mit dem Trokart zuerst d. nächstliegende kleine Kammer punctirt und von ihr aus, ohne die Canüle zu entfernen, die zweite, grössere.
r, fleischiger Stiel d. Cyste aken Ovariums, mittelst ner Ligaturen à demeure rbunden und versenkt.	Zwei Koeberle'sche Nähte, 5 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Drainage d. Bauch- und Beckenhöhle.	3 Stunden.	22750 Cystensack 950 und Inhalt 21,800.	Tod 34 Stunden nach der Operation. Collapsus.	Die Ovariotomie wurde ohne genaue Kenntniss der Verhältnisse der Cyste zu den benachbarten Organen auf Grund der Indicatio vitalis vorgenommen.

(Fortsetzung folgt.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Krankenheber von Dr. Hase (Sep.-Abd. aus dem «Centralblatt für Chirurgie» 1884. № 14.

— Ueber Fischvergiftung von Prof. J. Schreiber (Vorgetrag. im Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg. Sep.-Abd. aus der «Berlin. klin. Wochenschrift». 1884. № 11).

— Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation von Dr. H. Vierordt. — Fr. Fues, Tübingen 1884.

— Medicinische Novitäten. — Rundschau auf d. Geb. der med. Literat. herausgeb. von Dr. O. Reyher. — Denicke's Verlag, Leipzig 1884. (Probenummer).

— Die Impfungen mit animaler Lymphe in den städt. Impfanstalt in Dresden von Dr. Chalybäus. (Sep.-Abd. aus der «Deutsch. med. Wochenschr.» 1884. № 15).

— Cursus der spec. Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten von M. Chomjakow. I. Lief. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Kasan 1884. (russ.)

— Ueber Syphilis unter der Landbevölkerung von Dr. M. A. Tschistjakow. (Sep.-Abd. aus dem «West. Sud. Med.» 1883. Th. III. und IV. und 1884. Th. I). St. Petersburg 1884. (russ.)

— Therapeutische Notizen der «Deutsch. Medicinal-Zeitung. 1880—1883. Herausgeber Dr. Jul. Grosser. Verlag der Deutsch. Med.-Zeitg.» (Eug. Grosser). Berlin 1884.

— Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Vict. Urbantschitsch. — II. Aufl. Mit 73 Holzschn. und 8 Tafeln. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Ueber den Eiweissgehalt des frischen Fleischsaftes von Max Edelberg. Inaug.-Dissert. Dorpat 1884.

— Zur Behandlung und Verhütung des Wochenbettfiebers von Dr. Deneke. — Sep.-Abd. aus «Der prakt. Arzt». 1884. № 3.

— Ueber die Drehungen der Hand. Historisch und experimentell bearbeitet von Dr. J. Heiberg. — Mit 36 Holzschnitten. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Hebammen oder Diaconissinnen für Geburtshilfe? Eine Kritik des Hebammenwesens von Dr. Brennecke. Heuser's Verlag, Leipzig und Neuwied 1884.

— The transactions of the american medical association. Vol. XXXIII. Philadelphia 1882.

— Deux cas de laparo-hysterotomies pour fibromes utérino. — Observations recueillies par F. Fraipont. Liége 1884 (Extrait des «Annales de la société médicochirurgicale de Liége»).

— Cancer du col utérin, amputation avec l'anse galvanocaustique. — Guérison sans récidive depuis plus d'un an. — Observation recueillie par F. Fraipont. — Liége 1884. (Extrait des «Annales de la société medico-chirurgicale de Liége»).

— Katechismus der gerichtlichen Psychiatrie in Fragen und Antworten. Mit einem Anhang von Mustergutachten von Dr. H. Neumann. Preuss und Jünger. Breslau 1884.

Eingesandt.

Auf Grund meines Aufsatzes «Milzabscess, geheilt durch Aspiration» (Medizinskoje Obosrenje, October 1883) erwähnt und beschreibt Dr. E. Moritz in № 4 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift einen von ihm beobachteten Fall von «abscedirender haemorrhagischer Cyste der Bauchhöhle von zweifelhafter Herkunft».

Die Patientin von Dr. E. Moritz wurde vom 6. September 1878 an bis zum 25. October 1879 beobachtet. Von Anfang an schwankte die Diagnose zwischen Milzcyste und Milzabscess. 3 Mal wurden Punctionen und Aspiration mit dem Dieulafoy'schen Apparat ausgeführt. Nach den beiden ersten Punctionen erwies die mikroskopische Untersuchung in der entleerten Flüssigkeit Blutbestandtheile, nach der 3. Punction fanden sich ausser Blut noch Eiterkörperchen in bedeutender Anzahl. Dieser Fall endete letal, und die Section ergab, dass die kindskopfgrosse Cyste mit dickem Eiter gefüllt, an der Innenfläche mit fibrinösen Niederschlägen bedeckt war, während von aussen eine feste Verwachsung mit dem Diaphragma, mit der inneren Oberfläche der Milz, dem bedeutend vergrösserten linken Leberlappen, dem Magen, Kopf des Pankreas, Netz und Colon transversum bestand. An der festen Verwachsungsstelle des letzteren mit der Cyste befindet sich eine Oeffnung, durch welche bequem eine Sonde mittleren Calibers durchgeht; eine andere Oeffnung führt in die Bauchhöhle, welche die Zeichen einer acuten Peritonitis darbietet. Die Autopsie trug zur Aufklärung über den Ursprung dieser Cyste wenig bei, und Dr. Moritz gelangt per exclusionen zur Annahme, dass der Ausgangspunct zur Cystenbildung ein Infarct der Milz gewesen sei, obgleich dieselbe, wie die Section zeigte, vollkommen unverändert war, (*ganz intacte Milz*).

Auf Grund dieses in vieler Hinsicht dunklen Falles zieht Dr. Moritz den Schluss, dass ich, der ich meinen Kranken blos drei Monate lang beobachtet habe, in meinem Urtheil sowohl über die Art des Leidens, als auch über die Heilung des Abscesses durch Aspiration zu eilig gewesen, — dass er, Dr. Moritz, nachdem Patientin nach der 2. Punction mit Verkleinerung der Cyste im Januar 1879 entlassen war, mit demselben Recht, wie ich, hätte erklären können, dass seine Patientin geheilt sei. — Ungeachtet der Aehnlichkeit, welche Dr. Moritz zwischen seinem und meinem Fall vorhanden zu sein scheint, unterscheidet sich der von mir beobachtete Fall von dem seinigen in vieler Hinsicht:

1) In meinem Fall war unzweifelhaft Recurrens vorausgegangen, was man von dem seinigen nicht sagen kann.

2) Die Eigenschaft der entleerten Flüssigkeit entsprach vollkommen der Beschreibung, wie sie von allen Autoren von Milzabscessen gegeben werden. In seinem Fall anfangs reines Blut, später Blut mit Eiterbeimengung.

3) Die Erweiterung der linken Brusthälfte im unteren Abschnitt, die Verdrängung nach oben und die Hebung des linken Rippenrandes, die unter ihm sich vorwölbende glatte Geschwulst, welche nach Form und Beweglichkeit auf nichts Anderes als eben zur Oberfläche der Milz und zum Organ selbst gehörig bezogen werden konnte. Diese Veränderungen in der linken Thoraxhälfte sind bei der Patientin des Dr. Moritz nicht erwähnt. (Ueber den Unterschied von einem pleuritischen Exsudat, abscessus subphrenicus und Echinokokkuscyste habe ich in meinem Referate gesprochen).

4) Der weitere Krankheitsverlauf bestätigte die Diagnose. Während der Aspiration verkleinerte sich die Geschwulst von rechts nach links und von unten nach oben, mit einem Wort, verzog sich ausschliesslich unter den linken Rippenrand, der nach der Operation weniger vorstand und schliesslich nahm der Umfang der linken Brusthälfte im Vergleich zu dem dem der rechten ab, — was bei dem Fall von Dr. Moritz nicht stattfand.

5) In meinem Fall wurde die Operation drei Mal wiederholt, nach dem dritten Mal zeigte die Geschwulst nicht nur nicht das Bestreben sich zu vergrössern, zeigte keine Fluctuation, sondern, im Gegentheil, sie verkleinerte sich in ihrem Umfange, wurde fester und der Allgemeinzustand des Kranken besserte sich rasch.

Hinsichtlich der Therapie, meint Dr. Moritz, dass nur eine Operation durch Schnitt, mit Drainage der Höhle unter antiseptischen Cautelen seiner Patientin eine Radicalheilung hätte bringen können.

In meinem Referat habe ich auseinandergesetzt, weshalb ich im gegebenen Fall die Methode der Aspiration vorgezogen habe. Hier erinnere ich nur daran, dass Dieulafoy in Eiterung übergegangene Echinokokkuscysten vermittelst seines Apparates nur durch Aspiration heilte, auf demselben Wege erreichte Oeri dasselbe Resultat bei eitriger Pleuritis, ohne Incision. — Auf Grund alles dieses hatte ich das Recht, zu erwarten, dass auf mein Theil ganz derselbe Erfolg fallen würde, und auf Grund der *örtlichen* und allgemeinen Zeichen meinen Kranken als geheilt zu betrachten.

Die Entgegnung Dr. Moritz's liess mich meinen Kranken aufsuchen. Ich habe ihn Collegen und Studenten gezeigt, und die am 4. März 1884 stattgehabte Untersuchung ergab folgendes Resultat: Mein Ex—kranker ist vollkommen erstarkt und hat bis zur Unkenntlichkeit zugenommen, klagt über nichts, die Verrichtung aller Functionen des Organismus lässt nichts zu wünschen übrig.

Bei Besichtigung des Kranken zeigte sich: die subcutane Fettschicht bedeutend vermehrt, die Brustwirbelsäule ein klein wenig gebogen, mit der Convexität nach rechts, die rechte Scapula steht etwas höher und der untere Winkel steht vom Thorax ab. Die untersten Rippen sind links weniger elastisch, fester, uneben, einige von ihnen, namentlich die achte verdickt, die Intercostalräume kleiner. Die Contractionsfähigkeit der entsprechenden Mm. intercostales verringert. Brustmaasse: unter den Achseln 90 c., in der Höhe der Brustwarzen 93 c., am Proc. ensiformis 87 c. (Im Vergleich zu den früheren Maassen 84, 88, 87 c.) Die Maasse des unteren Brustumfanges sind jetzt geringer 45,5 und 42,5 (früher 46 und 46 c.) Der Unterschied zeigt sich noch deutlicher, wenn man die Zunahme der übrigen Brustmaasse mit in Rechnung zieht. Die Leberdämpfung beginnt in der rechten L. parastern. am oberen Rande der 6. Rippe, in der L. mamillar. auf der 6. Rippe, in der L. axillar. am oberen Rande der 7. Rippe, hinten auf der 10. Rippe. Beweglichkeit der Lungenränder beeinträchtigt. Die relative Milzdämpfung beginnt in der linken L. axillar. auf der 8. Rippe, nach vorn geht sie fast bis zur linken Mamillarlinie, in der Richtung zum Nabel überragt die Dämpfung um eine Fingerbreite den Rippenrand, d. h. sie erstreckt sich bis zur Stelle der Einstichsöffnungen. Die Milzdämpfung hinten beginnt auf der 11. Rippe. Die relative Leberdämpfung des linken Lappens lässt sich von der Milzdämpfung durch einen 2 fingerbreiten tympanitisch klingenden Streifen trennen. Während der Athmung sieht man auf der linken Seite die Intercostalräume und Bauchdecken gleich am Rippenrande auf einer beschränkten Stelle einsinken. Unter dem linken Rippenrand konnten wir nichts durchfühlen.

A. Parzewski.

In vorstehender Notiz des Collegen Parzewski ist das Wichtigste die *Constatirung der definitiven Heilung* seines Patienten. Damit fallen natürlich alle Zweifel über den Ausgang des Falles, und der Werth der Beobachtung wird dadurch sehr erhöht.

Was die hervorgehobenen vermeintlichen Unterschiede seines Falles von dem meinigen betrifft, so kann ich die sub 2, 3 und 4 genannten nicht zugeben, die (sub 1) vorangegangene Recurrens war in seinem Falle sicher, im meinigen unsicher, aber nicht auszuschliessen. Wesentlich ist nur der sub 5 erwähnte Umstand.

dass nach der 3. Punction in seinem Fall der Tumor sich spontan weiter verkleinerte.

Es freut mich, die vorstehende Ergänzung zu dem interessanten Parzewski'schen Fall provocirt zu haben. E. Moritz.

Vermischtes.

— Ueber den Verlauf der Feier des 50-jährigen Doctorjubiläums Fr. Bidder's können wir heute unseren Lesern einige nähere Mittheilungen machen, welche wir theils der Dörptschen Zeitung, theils uns zugegangenen Privatnachrichten entnehmen.

Bidder hatte öffentliche Ovationen, Fackelzug von Seiten der Studirenden, Festdiner Seitens der Universität, abgelehnt und so beschränkte sich die Feier auf den Empfang der Deputationen im Hause, dessen Räumlichkeiten aber die Menge der Gratulanten kaum zu fassen im Stande waren. Die officielle Feier wurde vom Rector der Universität, Prof. Ed. v. Wahl mit einer lateinischen Anrede eröffnet, in welcher dem Jubilar der Dank der Universität für die hr als Rector und Professor geleisteten Dienste ausgesprochen und seine Erwählung zum Ehrenmitgliede derselben mit Ueberreichung des bezüglichen Diplomes mitgetheilt wurde. Dem Rector der Universität folgte, ebenfalls mit lateinischer Anrede, der Dekan der medicinischen Facultät, Prof. L. Stieda, welcher dem Jubilar das erneuerte Doctordiplom und die von der Facultät demselben gewidmete Festschrift, verfasst vom Prof. der vergl. Anatomie, Embryologie und Histologie E. Rosenberg: «Untersuchungen über die Occipitalregion des Cranium einiger Selachier» überreichte. Sodann sprach im Namen der Dorpater Naturforschergesellschaft Prof. C. Schmidt, indem er ausser den Glückwünschen, auch in warmen Worten den Dank der Gesellschaft dem Jubilar, ihrem langjährigen Präsidenten darbrachte und zugleich eine Festschrift: «Untersuchungen über die Entwickelung der primitiven Aorten» überreichte, welche von einem der jüngsten Mitglieder der Gesellschaft, stud. med. Joh. Türstig verfasst worden war. Auch von den beiden Söhnen des Jubilars wurde ihm eine Festschrift überreicht. Unter den Deputationen führen wir noch an diejenige der Studirenden der Dorpater Universität, des Kirchenrathes der Universitätsgemeinde (Prof. Dragendorff), des Hülfs-Vereines (Prof. Mithoff), des Veterinär-Instituts (Raupach). Die von auswärts gesandten Ehrenbezeugungen von Universitäten, Vereinen und gelehrten Körperschaften waren nicht weniger zahlreich; zu den bereits in voriger Nummer von uns erwähnten, haben wir noch die folgenden hinzuzufügen; die Erwählung zum Ehrenmitgliede von Seiten der Wladimir-Universität in Kijew, der Medical Society in London, der ärztlichen Vereine in Riga und Warschau.

Der Gefeierte war sichtlich ergriffen, aber auch sichtlich gehoben durch die ihm in reichem Maasse dargebrachten Huldigungen. Von Kindern und Grosskindern umgeben nahm der Jubilar die Gratulationen entgegen und dankte einem Jeden, mochte er nun in Vertretung einer Körperschaft, oder für sich persönlich erschienen sein, in warmen Worten (die lateinischen Anreden natürlich in lateinischer Sprache beantwortend, welche er ja vollkommen beherrscht), die lebhaft seine alte Meisterschaft und Schlagfertigkeit ins Gedächtniss zurückriefen. Es war als ob die Frische des Geistes und Gemüths durch das Fest von Neuem erweckt worden wäre. Mit Rührung gedachte er seiner langjährigen Arbeit an der med. Facultät, der er 14 Jahre als Decan vorgestanden, seiner Arbeit als Rector der Universität, die er 6 Jahre lang in der schweren Zeit der Reformen von 1865 verwaltet, dabei die Manen des unvergesslichen Curator Bradke anrufend der, wie kein Curator vor und nachher, für das Wohl der Universität gewirkt und sich ein bleibendes, unvergessliches Denkmal gesetzt. — Gross war auch die Zahl der eingelaufenen schriftlichen Glückwünsche und Telegramme. Aus allen Gegenden der Welt, aus Upsala, Kopenhagen, aus den fernsten Enden Russlands und Deutschlands waren sie gesandt worden und legten hinreichend Zeugniss dafür ab, welche wissenschaftliche Saat Bidder gesäet, wie frisch sein Andenken in den älteren und jüngeren Generationen fortlebt. Wie ihm selbst, wird auch allen Theilnehmern die Festfeier unvergesslich bleiben.

— Am 20. April n. St. beging der berühmte Kliniker und Professor an der Berliner Universität, Wirkl. Geheime Ober-Medicinalrath Dr. Theodor v. Frerichs, das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit an der Berliner Universität. Zur Feier dieses Tages hatten sich eine grosse Zahl von Aerzten und deutschen Klinikern, Mitglieder des gerade in Berlin tagenden Congresses für innere Medicin, ehemalige und gegenwärtige Assistenten des Jubilars, eine Studentendeputation u. A. in der Wohnung desselben eingefunden. Nachdem Prof. Leyden, als Präses des Festcomites, im Namen des Congresses und Vereines für innere Medicin dem gefeierten Arzte und Lehrer seine von Schaper angefertigte Marmorbüste unter einer entsprechenden Anrede überreicht hatte, brachten nacheinander die Vertreter der Regierung, die Collegen, die Studentendeputation und A. m. dem Jubilar, zum Theil unter Ueberreichung künstlerisch ausgestatteter Adressen und werthvoller Geschenke, ihre Glückwünsche dar, indem sie den hervorragenden Verdiensten desselben als klinischer Lehrer Ausdruck verliehen. Der Verein für innere Medicin in Berlin und die Gesellschaft der Aerzte Ostfrieslands, der Heimath des Jubilars, liessen dem Jubilar das Diplom als Ehrenpräsident überreichen. Fürst Bismarck hatte seinem ehemaligen Arzte zur Feier des Tages ein silbernes Ehrengeschenk mit einem herzlichen Glückwunschschreiben übersandt. Am 23. April fand ein Festdiner zu Ehren des Jubilars, veranstaltet von den Mitgliedern des Congresses für innere Medicin, dessen Begründer und Präsident der Jubilar ist, statt.

Prof. v. Frerichs ist, wie wir der «Allg. med. C.-Ztg.» entnehmen, am 24. März 1819 zu Aurich geboren, wo er nach absolvirtem Studium zuerst als praktischer Arzt thätig war und als solcher schon damals nicht minder für innere Krankheiten, wie als Chirurg sich einen Namen zu erwerben verstand. Von dort siedelte er nach Göttingen über, habilitirte sich an der Universität als Privatdocent und wurde bald darauf zum ausserordentlichen Professor ernannt, in welcher Stellung Frerichs auf allen Gebieten der Medicin, selbst auf dem der Chemie, einen so hervorragenden Ruf erlangte, dass er bereits i. J. 1851 gleichzeitig Berufungen nach Kiel als innerer Kliniker, nach Marburg als Chirurg und nach Giessen als Chemiker erhielt, von welchen er sich damals für die erstere entschied. Nach einem Jahre schon folgte er dem Rufe als Director der medicinischen Klinik an die Breslauer Universität, und im J. 1859 erhielt er die Berufung an die Berliner Universität (als Nachfolger Schönlein's), wo er noch gegenwärtig in voller Rüstigkeit thätig ist. Seine Verdienste um die Wissenschaft, seine Bedeutung als Kliniker, sowie seine epochemachenden wissenschaftlichen Arbeiten sind zu bekannt, als dass wir hier auf dieselben näher einzugehen brauchen.

— *Verstorben*: In London der ehemalige Professor der Anatomie an der Universität Glasgow, Dr. Allen Thomson im 75 Lebensjahre; in Altenburg der Geheime Medicinalrath Dr. J. Göpel, Begründer der Irrenanstalt in Roda, im Alter von 85 Jahren; in Odessa Dr. K. Fedorow, ein sehr beliebter Arzt, namentlich unter der ärmeren Bevölkerung der Stadt, welcher er in den letzten Jahren als Mitglied der «Gesellschaft zur Fürsorge für die Armen» vorzugsweise seine Thätigkeit widmete; in Kasan Dr. Belinski an Phthisis; im Stawropolschen Kreise Dr. K. Grossmann, welcher seine medicinischen Studien in Moskau absolvirt hatte, und im Kirchdorfe Selenowka prakticirte, in der letzten Zeit aber auch als Friedensvermittler und in der Landschaftsverwaltung eine hervorragende Thätigkeit entwickelte.

— In einem Vortrag über den *Nationalaufwand für Alkohol* (Londoner Statistische Gesellschaft, 1882) lenkte Stephen Bourne die Aufmerksamkeit darauf, dass die durch Besteuerung des Alkohols erzielte Einnahme wohl zur Hälfte zur Bestreitung der Ausgaben für Gerichte, Armenpflege und Irrenanstalten, welche durch die Trunksucht bedingt werden, aufgebraucht wird, während ausserdem Privatverluste zur Verarmung der Steuerzahler führen müssen. Die öffentliche Kasse würde jedenfalls weit besser gefüllt werden, wenn es keinen Alkohol zu besteuern gäbe. Die Vergeudung der Volkskraft durch übermässigen Alkoholgenuss sollte nicht nach Geld, sondern nach Zahlen geschätzt werden. Und danach fallen dem Alkoholmissbrauch zum Opfer: durch Tod 120,000 Menschen, — durch Krankheit 335,000, — durch Verarmung 200,000, — durch Verbrechen 229,000 Menschen. Dazu kommen noch die bei der Branntweinbrennerei beschäftigten 1.100,000 Individuen, so dass nahezu zwei Millionen Erwachsene in dieser einen Richtung thätig sind oder sich zu Grunde richten. («Gesundheit».)

— Prof. Bezzi im Spallanzini macht darauf aufmerksam, dass bei *Brüchen des Oberschenkelhalses* eine Depression des Raumes zwischen dem Trochanter und der Crista ilei pathognomonisch sei; die Ursache dieser Depression sei eine Erschlaffung des Tensor fasciae latae. (Cincinn. Lancet and Clinic. 1884. № 1.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 8. bis 14. April 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
464	377	841	126	86	147	25	20	35	97	78	64	61	54	33	10	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 2, Masern 72, Scharlach 18, Diphtherie 9, Croup 3, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 24, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 44, andere Gehirnkrankheiten 40, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 35, acute Entzündung der Athmungsorgane 103, Lungenschwindsucht 163, andere Krankheiten der Brusthöhle 15, Gastro-intestinal-Krankheiten 109, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 48, Marasmus senilis 30, Cachexia 26.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 4, Mord 1.

— Andere Ursachen 17.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohner-zahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	23—29 März	181 732	84	11	24,0	13,1	30,3
Kopenhagen. .	26 März - 1 Apr.	267 000	108	8	21,0	7,4	46,3
Berlin	30 März - 5 Apr.	1 225 065	578	96	24,5	16,6	33,6
Wien	30 März - 5 Apr.	759 849	490	31	33,5	7,1	34,4
Brüssel . . .	23—29 März	171 293	99	15	30,1	15,3	31,0
Paris	28 März - 3 Apr.	2 239 928	1275	168	29,6	13,2	29,2
London . .	30 März - 5 Apr.	4 019 361	1689	292	21,9	17,3	35,0
St. Petersburg	**6—12 April.**	**928 016**	**755**	**129**	**42,3**	**17,2**	**34,1**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 30. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1884.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.
Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.
Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17,
Fr. Strauch, Gr. Podjatscheskaja № 25, Quart. 11.

Filet-Unterzieh-Jacken

sind die besten Regulatoren der Hautthätigkeit, weil sie in ihren weiten Maschen zwischen Haut und Hemd eine abgeschlossene Luftschicht (also einen schlechten Wärmeleiter) bilden. — Die Filetunterkleider verhindern das Verstopfen der Hautdrüsen, erleichtern dadurch den normalen Stoffwechsel, gestatten das Athmen der Poren, beleben und kräftigen die Haut und machen dieselbe elastisch und widerstandsfähig gegen Temperaturwechsel. — Filetunterkleider sind die **reinlichsten, bequemsten, gesundesten** und wegen ihrer Dauerhaftigkeit auch die **billigsten** Unterkleider.

72 (2) **Dépôt bei**

D. DAHLBERG,

Gorochowaja № 16, Haus Corpus, unweit der Gr. Morskaja.

Schlamm- u. Seebad Arensburg

auf der Insel Oesel.

Beginn der Saison am 20. Mai.

Aerzte: Dr. **Miersziejewskij**, Dr. **Grewingk**, Dr. v. **Harten**, Dr. **Wiedemann** und Dr. **Carstens**.

Auskünfte über Wohnungen: in St. Petersburg durch Herrn Apotheker Westberg, Старая Невская аптека, Невск. просп. № 88, und in Arensburg durch 70 (3)

die Badecommission.

OFENER VICTORIA - BITTERWASSER

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia			fixe Theile in 1000	schwefels. Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Anal.	58,05	32,38	Püllnaer..........	nach amtl. Anal.	32,72	12,12
Hunyadi Janos.....		41,73	18,44	Friedrichshaller....		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergiebt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. — 26 (10)

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands.

Saison-Dauer Mai bis Octob. **Bad Reichenhall** **Officielle Eröffnung 15. Mai.**

Der größte deutsche klimatische Kurort inmitten der bair. Hochalpen. Soole-, Mutterlaugen- und Fichtennadel-Extract-Bäder, Ziegenmolke, Kuhmilch, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen, großer pneumat. Apparat, Inhalationssäle, Gradirwerke, Soolefontaine, Heilgymnastik. Ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, nahe Nadelwälder und schattige Promenaden nach allen Richtungen. — Täglich 2 Concerte der Curcapelle, Lesecabinette. Eisenbahn- und Telegraphen-Station. Ausführliche Prospecte durch das kgl. Bade-Commissariat. P. 93 (4)

Bad Krankenheil-Tölz, Oberbayern, im schönen Isarthale.

2000 Fuss über dem Meere, am Fusse der Alpen. Jodschwefelhaltige, doppeltkohlensaure Natronquellen. Vorzüglich bewährt gegen **Scropheln, chronische Krankheiten, Frauenkrankheiten, Hautkrankheiten etc.** — Saison vom 15. Mai bis 1. October.

Gute Hotels, schöne Villen und liebliche Privatwohnungen. P. 87 (2)

Prospecte und Brochüren gratis durch die Direction.

Bad Nauheim bei Frankfurt a. M.

Station der Main-Weser-Bahn.

Naturwarme, kohlensäurereiche und gewöhnliche Soolbäder, salinische Trinkquellen und alkalische Säuerlinge, Inhalations-Salon, ozonhaltige Gradirluft, Ziegenmolke. Sommersaison vom 1. Mai bis 30. September Abgabe von Bädern auch vor bezw. nach dieser Zeit. 69 (4)

Großh. hess. Badedirection Bad Nauheim.

Jäger.

30 **Salzbrunner Oberbrunnen** 21

Alcalischer Säuerling ersten Ranges; reich an doppelt kohlensaurem Natron und Kohlensäure, bei mässigem Gehalt an schwefelsauren Salzen. Versandt während des ganzen Jahres. **Fürstliche Brunnen-Inspection.**

Kaiserl. königl.

Allerhöchste Anerkennung.

Goldene Medaille Paris 1878. Goldene Medaille Amsterdam 1883. — Ehren-Diplome: Radkersburg 1877. — Fürstenfeld 1878.—Graz 1880.—Triest 1882.

CURORT GLEICHENBERG,

Steiermark.

Eine Fahrstunde von der Station Feldbach der ungar. Westbahn.

Beginn der Saison 1. Mai.

Alkalisch-muriatische und Eisensäuerlinge, Fichtennadel- und Quellsoolzerstäubungs-Inhalationen, grosser Respirations-Apparat, kohlensaure Bäder, Stahl-, Fichtennadel- und Süsswasserbäder, kaltes Vollbad und hydropathische Curen, Ziegenmolke, Ziegenmilch, kuhwarme Milch in der eigens erbauten Milchcuranstalt. Clima: constant mässig feuchtwarm. Seehöhe: 300 M.

Wohnungen, Mineralwässer und Wagen sind bei der **Bade-Direction in Gleichenberg** zu bestellen. M. 81 (6)

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w. 8 10

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg chez **Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale Klos russe, H. & Co.**

Лечебница

P 88 (3) для

НЕРВНО-БОЛЬНЫХЪ

Доктора Гольста

Рига. Вейдендамъ, № 25.

Curhaus

für

NERVENKRANKE

in Pankow bei Berlin.

In dem Curhause des Unterzeichneten, welcher lange Zeit als Assistent sowohl an der psychiatrischen als auch an der Nervenklinik der Berliner Universität thätig war, finden Nervenkranke aller Art Aufnahme, vor allem solche, welche an Neurosen leiden.

Geisteskranke bleiben ausgeschlossen.

Sowohl für die Erkrankungen des Nervensystems als auch für etwaige Leiden anderer Organe haben die ersten Autoritäten der Berliner Universität ihre consultative Unterstützung gütigst zugesagt.

Pankow ist eine Stunde Weges von Berlin gelegen und hat mit dem letzteren Verbindung durch Eisenbahn und Pferdebahn. P. 91 (3)

Pankow. Breite Strasse 32.

Dr. Rudolf Gnauck.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 19 Апрѣля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 17. **St. Petersburg, 28. April (10. Mai)** **1884.**

Ein Fall von Stimmbildung nach Zerstörung des einen Stimmbandes.

(Aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg.)

Von

Dr. N. Lunin.

Die Mehrzahl der Physiologen lehrt *), die menschliche Stimme entstehe dadurch, dass die aus den Lungen ausströmende Luft bei ihrem Anprall an die gespannten Stimmbänder in tönende Schwingungen versetzt wird. Die Stimmbänder leisten hierbei denselben Dienst, wie die metallene Zunge im Rohrwerke einer Physharmonica-Pfeife. Sie hemmen wie diese periodisch den Durchtritt der Luft, indem sie durch den Luftstoss auseinander gedrängt, beim Rückschwunge den zwischen ihnen liegenden Spalt, die Stimmritze, nahezu verschliessen und so die rhythmischen Luftpulsationen hervorbringen, welche, indem sie auf unser Ohr wirken, in uns die Empfindung des Tones erzeugen. Andere Physiologen wie Haller etc. wollen den schwingenden Stimmbändern die Bildung des Tones im Kehlkopf zuschreiben.

Jedenfalls lässt es sich nicht leugnen, dass wenngleich bei der Tonerzeugung im Kehlkopf die Schwingungen des Luftstromes, die «Luftstösse», die hervorragendste Rolle spielen, den schwingenden Stimmbändern doch nicht jegliche Betheiligung an der Tonbildung abgesprochen werden kann. Das Studium der Kehlkopfkrankheiten bestätigt diesen Satz vollkommen.

Im normalen Kehlkopfe geschieht die Verengerung der Stimmritze durch beide Stimmbänder, und auch beide betheiligen sich in gleicher Weise an der Tonbildung. Nun ist es ja Allen bekannt, dass es Instrumente giebt, wo nur eine vibrirende Zunge denselben Dienst erfüllt wie die beiden Stimmbänder im Kehlkopf.

Aehnlichen Zuständen, d. h. Bildung eines Tones mit nur einem Stimmbande, begegnen wir im Kehlkopf bei vollständiger Lähmung des einen Stimmbandes in Folge von einseitiger Recurrenslähmung. Das kranke Stimmband nimmt die Cadaverstellung ein, das gesunde nähert sich beim Phoniren blos bis zur Mittellinie und der Kranke ist entweder ganz aphonisch, oder er vermag blos Falsettöne hervorzubringen. Später lernt das gesunde Stimmband so starke Excursionen machen, dass sich der Proc. vocalis der gesunden Seite vor den Proc. vocalis der kranken Seite stellt, das gesunde Stimmband sich fest an das kranke anlegt. Die Stimme, die sich allerdings dadurch bessert, bleibt doch meist nur Falsetstimme. Die Rolle des kranken Stimmbandes, das bei der Stimmbildung nicht activ mitwirkt, kann ebenso von einem narbigen Strang eingenommen werden, der sich nach Zerstörung des einen Stimmbandes an dessen Stelle heranbildet und bei flüchtiger Beobachtung leicht für ein gelähmtes Stimmband angesehen werden kann.

Einen derartigen Fall habe ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht finden können, obgleich ich durch mündliche Mittheilungen weiss, dass solche Fälle nicht so selten sind.

Ich beobachtete einen solchen Fall bei einem 8jährigen Knaben, dessen Krankengeschichte ich mir hier mitzutheilen erlaube.

Der Knabe war von mittlerem Körperbau und mässig gutem Ernährungszustande. Gleich bei der ersten Besichtigung fällt es auf, dass der Knabe schwer und langgezogen athmet. Bei der Inspiration hört man ein deutliches Stenosengeräusch, die Exspiration ist relativ frei; der Kehlkopf steigt bei der Inspiration herab und es macht sich eine leichte Einziehung des Jugulum und des Scrobiculum cordis geltend. Sobald der Knabe erregt ist, nehmen die Erscheinungen der Stenose sofort zu, werden aber besonders stark während des Schlafes, wo das Stenosengeräusch laut hörbar wird. Durch die Einziehungen des Jugulum etc. wird der Luftmangel im Thorax vollkommen compensirt, so dass weder Veränderungen am Pulse noch die geringste Stase im venösen Kreislaufe zu constatiren sind.

Der Knabe ist vollkommen aphonisch. Laryngoskopischer Befund: Die Epiglottis und die Schleimhaut, entsprechend den beiden Aryknorpeln, sind stark geröthet. Das linke Taschenband ist stark geschwellt, so dass vom linken Stimmbande nur ein schmaler Saum zu sehen ist. Das linke Stimmband ist schwach geröthet, bewegt sich aber sehr gut beim Phoniren. Unter demselben sieht man eine ziemlich bedeutende subchordale Schwellung. Das rechte Taschenband und Stimmband sind beide von einem ausgebreiteten Geschwür eingenommen, das sich nach unten

*) Grundzüge der Physiologie etc. von Dr. E. Brücke.

auf die subchordale Gegend und nach vorne auf den untersten Theil der Epiglottis ausbreitet. Die Ränder des Geschwüres sind wie ausgefressen, der Grund zerklüftet, schmutzig und theils mit Eiter, theils mit schlaffen Granulationen bedeckt. Die Rima glottidis, die von der einen Seite vom Geschwür und von der anderen Seite von der subchordalen Schwellung begrenzt wird, ist sehr eng, wodurch sich die Stenosen-Erscheinungen leicht erklären lassen. Der rechte Aryknorpel ist geschwellt und vollkommen unbeweglich.

Die Lungenränder sind leicht emphysematös und die absolute Herzdämpfung ist bedeutend verkleinert. Ausser geschwollenen Lymphdrüsen konnte kein Anzeichen von Syphilis constatirt werden. Trotz der Abwesenheit aller sonstiger Anzeichen von Syphilis musste diese Kehlkopfaffection doch als eine syphilitische angesehen werden, und deshalb wurde sofort eine energische Schmierkur eingeleitet; zugleich wurden Pinselungen des Geschwüres mit Sublimat-Glycerin (1 : 100) und Inhalationen von einer 1 % Jodkalilösung gemacht. Im Verlaufe von etwa 10 Tagen reinigte sich das Geschwür, die subchordale Schwellung schwand, das linke Taschenband hatte seinen normalen Umfang angenommen und die Stenosenerscheinungen waren vollkommen geschwunden. Von jetzt ab machte die Heilung des Geschwüres rasche Fortschritte. Vom rechten Taschenbande blieb ein Theil erhalten, das rechte Stimmband aber war ganz zerstört. Aus den Granulationen aber bildete sich allmälig ein Narbenstrang, der vom rechten Aryknorpel begann, sich wallförmig, der Lage des zerstörten Stimmbandes entsprechend, nach vorne zog und sich dann bogenartig nach links unter das gesunde Stimmband hinüberspannte. Der rechte Aryknorpel blieb unbeweglich.

Der Processus vocalis der gesunden Seite hatte unterdessen gelernt starke Excursionen zu machen und näherte sich bedeutend dem Narbenwall. Aus den üppigen Granulationen bildete sich eine kleine Granulationsgeschwulst, die auf dem Narbenwalle sass und eine vollständige Annäherung des gesunden Stimmbandes an den Narbenwall verhinderte. Der Knabe war noch vollkommen aphonisch. Diese Granulationsgeschwulst wurde auf endolaryngealem Wege entfernt und sofort nach dieser Operation bekam der Knabe Stimme, die allerdings noch heiser und belegt war. Als der Knabe endlich 2 Monate nach seiner Aufnahme in's Hospital entlassen wurde, hatte sich der Kehlkopf vollkommen an den neuen Zustand adaptirt. Der linke Proc. vocalis machte so starke Excursionen, dass er während der Phonation sich vor den unbeweglichen rechten Proc. vocalis stellte, also genau eine solche Stellung einnahm, wie sie bei einseitiger Stimmbandlähmung beobachtet wird.

Die Stimme hatte allmälig an Stärke zugenommen; obgleich dieselbe aber beim Austritt aus dem Hospital ziemlich stark war und für gewöhnliche Entfernungen vollkommen genügte, so blieb sie doch etwas belegt und erinnerte stark an die Falsetstimme.

Diese Krankengeschichte zeigt uns, dass die Stimmbänder, wenngleich nicht viel, so doch jedenfalls sich bei der Stimmbildung betheiligen und ferner lehrt sie uns, dass die Rolle eines Stimmbandes zum Theil durch einen narbigen Strang übernommen werden kann.

1. 2.



Die beiden beigelegten Zeichnungen zeigen uns den Kehlkopf beim Eintritt in's Hospital und beim Austritt aus demselben.

Referate.

Prof. E. Rosenberg (Dorpat): Untersuchungen über die Occipitalregion des Cranium und den proximalen Theil der Wirbelsäule einiger Selachier. Mit 2 Tafeln. (Festschrift zur Feier des 50-jährigen Doctorjubiläums von Fr. Bidder dargebracht von der medic. Facultät in Dorpat).

R. theilt in seiner Schrift Beobachtungen mit, die sich für die von Gegenbauer neubegründete Wirbeltheorie des Schädels verwerthen lassen. Die Vergleichung zweier Cranien von erwachsenen Exemplaren von Carcharias glaucus zeigt, dass sich bei Carcharias 3 Wirbel unter Verhältnissen finden, die die Vorstellung zulassen, dass diese Wirbel als Baumaterial für einen Theil der Occipitalregion der Cranien verwandt werden. Das Ergebniss der Vergleichung hat der Verf. durch Beobachtungen an 2 jungen, 46 Cm. langen Exemplaren von Carch. gl. fast vollständig bestätigen können und nachgewiesen, dass die 3 beim erwachsenen Carcharias in den Aufbau der Cranien eingehenden Wirbel ihr Homologon in den 3 ersten Wirbeln der Wirbelsäule von Mustelus finden. Das Kopfskelet von Mustelus erscheint somit primitiver als das von Carcharias. Bei letzterem Selachier lässt sich ausserdem proximalwärts von dem ersten der 3 erwähnten Wirbel noch die Andeutung von einem Wirbel erkennen, in welchem auch in Bezug auf ein Cranium wie das von Mustelus und somit in Bezug auf alle Kopfskelete, die auf der Stufe des Cranium von Mustelus oder höher stehen, ein noch erkennbarer Rest eines Schädelwirbels vermuthet werden kann. Die Berechtigung dieser Vermuthung geht aus der Untersuchung eines Embryo von Mustelus hervor, bei welchem sich zeigte, dass auf der betreffenden Entwickelungsstufe das Cranium mit der Labyrinthkapsel distalwärts abschliesst, somit noch keine eigentliche Occipitalregion, die dem erwachsenen Theil zukommt, besitzt. An die Labyrinthkapsel schliessen sich beim Embryo distalwärts Neuralbogen, von denen der erste mit einem Wirbelkörper ähnlichen Gebilde in continuirlichem Zusammenhang steht; wenigstens dieses Gebilde und der dazugehörige erste unter den vorhandenen Neuralbogen muss in späteren Stadien mit dem Cranium verwachsen und stellte somit einen in der Form eines Wirbels sich darbietenden Baustein des Cranium d. h. einen Schädelwirbel vor, der auch in Bezug auf das relativ primitive Selachier-Kopfskelet als solcher zu betrachten ist. Damit wäre von den mindestens 9 Wirbeln, die Gegenbauer als Baumaterial eines Theils des Selachier-Kopfskelets theoretisch erschlossen hat, wenigstens einer durch die Beobachtung nachweisbar. —g.

John Türstig (Stud. med. Dorpat): *Untersuchungen über die Entwickelung der primitiven Aorten mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen derselben zu den Anlagen des Herzens.* Mit 4 Tafeln. (Festschrift, von der Naturforscher-Gesellschaft in Dorpat ihrem Präsidenten Fr. Bidder zur Feier seines 50-jährigen Doctorjubiläums gewidmet),

Der erste Abschnitt der Arbeit (22 Seiten) enthält eine historische Einleitung, die alles Wesentliche berücksichtigt und aus den hier in Betracht kommenden Publicationen Referate in chronologischer Reihenfolge giebt, worauf der Verfasser in übersichtlicher und präciser Weise die Divergenz in den Anschauungen der Autoren darlegt. Mit Recht bemerkt der Verfasser, dass die Meinungsverschiedenheiten der Autoren zumeist darauf zurückzuführen seien, dass die Entwickelung der primitiven Aorten bisher noch nicht zum Thema einer besonderen Arbeit genommen worden ist und dass die Ansichten der Autoren auf Wahrnehmungen beruhen, die eben nur gelegentlich bei anderen Untersuchungen gemacht worden sind. Den für seine Untersuchungen zu verwendenden Plan hat der Verfasser eingehend dargelegt und diesen Plan mit Umsicht und Energie durchgeführt Eine von dem Verfasser eingerichtete Kaninchenzucht lieferte das erforderliche Material, um die für die vorliegende Frage kritischen Entwickelungsstadien und die geeignetste Behandlungsmethode der Objecte festzustellen. Aus der kritischen Periode sind vom Verfasser 8 Embryonen, die 4 Entwickelungsstadien entsprechen, allen Anforderungen der modernen Technik gemäss in continuirliche Serien von Querschnitten zerlegt und hierauf mit Benutzung einer allerdings sehr mühsamen, aber ein sicheres Resultat ergebenden Methode für jedes der 4 Stadien ein Gesammtbild der primitiven Aorten construirt worden, welches in das Flächenbild des Embryo hineingezeichnet worden ist. Die Vergleichung dieser sehr sorgfältig ausgeführten Bilder, die durch vortreffliche Abbildungen von Querschnitten näher erläutert werden, lässt leicht den Entwickelungsmodus der Aorten ersehen und zugleich erkennen, warum die Angaben früherer Autoren theils unrichtig, theils unvollständig sind. Es ergiebt sich, dass bestimmte Abschnitte eines vom Fruchthofe her in den Embryonenleib sich hineinerstreckenden Gefässnetzes das Material zur Bildung der Aorten abgeben, die sich durch Zusammenfluss einzelner Gefässabschnitte zu einem jederseits neben der Medianebene der Körperachse parallel verlaufenden Gefässrohr gestalten, das sich erst secundär mit den Herzanlagen in Verbindung setzt. Dieses Untersuchungsergebniss ist umsomehr als ein gesichertes anzusehen, als der Verfasser, was lobend hervorzuheben ist,

auch an einem Vertreter der Classe der Vögel durch Untersuchung von 5 Entwickelungsstadien denselben Entwickelungsmodus festgestellt hat. — Zum Schluss macht Verfasser darauf aufmerksam, dass, im Vergleich zur Entwickelung anderer Organsysteme, der von ihm constatirte Entstehungsmodus der Aorten eine paradoxe Erscheinung darbiete, die, was die Aorten selbst anlange, einigermaassen verständlich werde durch den vom Verfasser gegebenen Hinweis auf den analogen Entstehungsmodus anderer grosser Gefässe, was aber die erst secundär sich einleitende Verbindung der primitiven Aorten mit den Herzanlagen betreffe, so liege hierin ein Problem, für dessen Lösung der Verfasser den richtigen Weg angiebt. —g.

Gynäkologische Mittheilungen. (Gratulationsschrift zur Feier des 50-jährigen Doctorjubiläums von Friedrich Heinrich Bidder, verfasst von Dr. Ernst Bidder und Dr. Alfred Bidder).

E. Bidder hat einen Aufsatz «*Ueber Vorder- und Hinterscheitellagen*» geliefert. Er will in die Lehre vom Mechanismus der Schädellagen, die durch übermässiges Zusammendrängen verschiedener Geburtsformen in ein Paar einfache Schablonen und durch sich widersprechende Schilderung von Geburtsmechanismen, die doch mit demselben Namen bezeichnet werden, besonders die «Vorderscheitellagen», — an Klarheit sehr viel verloren hat, dadurch mehr Uebersichtlichkeit bringen, dass er auf ältere Eintheilungen zurückgreift. Hiernach müssen zunächst 2 Reihen von einander getrennt werden, je nachdem der hintere oder vordere Theil des behaarten Kopfes vorliegt. Jede der Reihen enthält dann die vier bekannten Stellungen, 2 vordere und 2 hintere. Solch eine Eintheilung wird nicht nur gefordert durch präcise Ordnung der Angaben der Autoren, sondern noch mehr durch genaue Beobachtung des Geburtsverlaufes, und sie ist wichtig, weil sie nicht nur systematisch-theoretische Bedeutung hat, sondern auch die Leitung der Geburt, die operativen Hülfeleistungen für jede der beiden Reihen von einander trennen und rationeller behandeln lässt. Jeden seiner Sätze versucht B. durch Beispiele aus dem reichen ihm zu Gebote stehenden Materiale zu erhärten. Der Abhandlung sind beigelegt phototypische Abbildungen zweier sehr characteristischer Schädel, von denen der eine in Hinter- und der andere in Vorderscheitellage geboren worden ist.

A. Bidder hat wohl nur der Homogenität wegen sein Specialgebiet, die Chirurgie, verlassen und schildert «*Zwei durch die Art der Rückbildung resp. Heilung bemerkenswerthe Fibromyome des Uterus bei zwei Schwestern*». Der erste Fall betrifft ein riesiges, die ganze Bauchhöhle füllendes Myom, das im Laufe von 7 Jahren, solange wurde es von B. beobachtet, sich fast vollständig zurückbildete, zum Theil unter innerlichem und subcutanem Gebrauch von Ergotin, zum grösseren Theile wohl unter Einfluss der eintretenden Klimax. Der zweite Fall — die verheirathete Schwester der vorigen Patientin, die einmal regelrecht geboren und dann einmal abortirt hatte, — zeigt ein kleines in der vorderen Wand sitzendes Fibromyom, das Menorrhagien verursachte. Dieses suchte sich nach in diagnostischer Absicht ausgeführter Dilatation der Cervix durch Laminaria und nach dadurch verursachter theilweiser Gangrän der Uterusschleimhaut und Capsel spontan auszustossen und wurde dann manuell gelöst. Kaum ein halbes Jahr später hat die Frau wieder concipirt, abortirte aber schon in der 3. Schwangerschaftswoche. —r.

M. Edelberg: Ueber den Eiweissgehalt des frischen Fleischsaftes. (Dorpater Inauguraldissertation. 1884).

Da seit einiger Zeit der frisch bereitete Fleischsaft, succus carnis recenter paratus, in der Ernährung der Kranken eine ziemlich bedeutende Rolle zu spielen beginnt, so hat Verf. es sich zur Aufgabe gemacht, diesen Saft genauer zu untersuchen und namentlich zuzusehen, ob der Eiweissgehalt desselben ein so hoher werden kann, dass eine nützliche Verwerthung des Präparates daraus sich ergeben würde. E. hat verschiedene Fleischsorten untersucht, und zwar Rindfleisch, Kalb-, Elenn-, Schaaf-, Schweine-, Gänse-, Hühner-, Taubenfleisch und endlich Fischfleisch. Den Saft gewann er, nachdem er Anfangs verschiedene andere Methoden zur Erlangung desselben versucht hatte, durch Pressen dünner Scheiben des Fleisches in einer kräftigen Schraubenpresse, deren Platten mit vorspringenden Buckeln und Leisten versehen waren, welche das Ausweichen und Hervorquellen der zerquetschten Fleischmasse und den Uebertritt von Fleischfasern in den ausgepressten Saft verhinderten; auf diese Weise gelang es leicht, einen reinen Muskelsaft zu erhalten. Das physikalische und mikroskopische Verhalten des Saftes entsprach ziemlich genau den schon von Voit und Bauer und von Martenson gemachten Angaben, nur hat E. niemals rothe Blutkörperchen in demselben gefunden (mit Ausnahme des Taubenfleischsaftes, in welchem dieselben allerdings vorhanden waren). Während die übrigen Saftsorten ziemlich klar waren, hatte der Saft des Schweine-, Schaaf-, und Gänsefleisches durch sehr reichliche Beimengung feinster Fetttröpfchen eine trübe, emulsionsartige Beschaffenheit. Zur Fäulniss und Verderbniss ist der Saft sehr geneigt; steht er in Zimmertemperatur, so beginnt schon in einer Stunde eine sehr reichliche Entwickelung von Stäbchen- und Kugelbacterien und nach 24 Stunden ist er selbst in der Kälte schon vollständig trübe geworden. Spektroskopisch zeigt der Saft ausser den beiden Hämoglobinstreifen noch sehr oft den Absorptionsstreifen des Hämatin. Der den Nährwerth des Fleischsaftes bestimmende Bestandtheil ist das Serumeiweiss, welches E. allein quantitativ bestimmt hat; die übrigen Bestandtheile, Muskelzucker, Salze, Leim und Extractivstoffe sind in zu geringer Menge vorhanden, als dass sie irgend wie in Betracht kommen könnten. Durchschnittlich wurden aus 100 grm. Fleisch 37 gramm (beim Schaaffleisch,) 34 grm. (beim Rindfleisch) bis 24 grm. (beim Taubenfleisch) Saft gewonnen, wobei die zu Beginn des Pressens erhaltenen Saftmengen eiweissreicher waren als die später abfliessenden. Der Hühnerfleischsaft war der eiweissreichste und enthielt 11,75 % Eiweiss, Schweinefleischsaft 8,64 %, Rinderfleischsaft 6,41, Elennsaft 5,18 %. Die Ergiebigkeit des Fleisches an löslichem Eiweiss kann dadurch gesteigert werden, dass man das ein Mal ausgepresste Fleisch nochmals bei geringem Wasserzusatz unter die Presse bringt, wobei dann neue Quantitäten eines Eiweiss enthaltenden Saftes abfliessen.

Zum Schluss kommt E. zu folgenden beherzigenswerthen Sätzen: Die chemischen Eigenschaften des Fleischsaftes unterscheiden denselben von anderen Eiweisskörpern, z. B. von Hühnereiweiss, so weit bis jetzt bekannt, nur so wenig, dass man in denselben keinen Grund finden kann, ihn dem Hühnereiweiss vorzuziehen. Als Nahrungsstoff eignet er sich nicht wegen seines trotz aller Corrigentien recht unangenehmen Geschmackes und wegen seines hohen Preises. Die rasche Verderbniss des Fleischsaftes wird einer rationellen Verwendung desselben stets im Wege stehen.

Hoffentlich wird die vorliegende Arbeit dazu beitragen, die kostspielige und in den meisten Fällen überflüssige Schwärmerei für den Fleischsaft auf ihr richtiges Maass zu reduciren und die Anwendung desselben nur auf die Fälle zu beschränken, wo andere, billigere Eiweisslösungen, wie z. B. Milch durchaus nicht vertragen werden. Es ist in der That schwer einzusehen, welchen ausserordentlichen Nutzen z. B. die Einverleibung von 4 bis 6 Esslöffeln Fleischsaft täglich haben soll, wenn man bedenkt, dass der Eiweissgehalt des Saftes den der Kuhmilch nur wenig übersteigt, Fett und Zucker aber nur in ganz geringen Mengen in ihm enthalten sind. Die Extractivstoffe des Fleisches lassen sich in der Bouillon gewiss auf eine billigere und wohlschmeckendere Weise verabreichen. Laien gegenüber dürfte es zweckmässig sein, darauf aufmerksam zu machen, dass das Muskeleiweiss (Myosin), welches ja dem Fleisch seinen eigentlichen Nährwerth verleiht, im todten Muskel schon geronnen ist, und daher in den Fleischsaft garnicht übergeht. Letzterer enthält nur das Serumeiweiss des Gewebssaftes.

Der aus Fischfleisch ausgepresste Saft ist wegen seines ganz geringen Eiweissgehaltes und widerlichen Geschmackes und Geruches vollkommen unbrauchbar. D—o.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Purjesz (Secundärarzt): Therapeutisches Recept-Taschenbuch für venerische Krankheiten. Stuttgart, F. Enke. 1883. 96 Seiten.

Taschenreceptbücher sind im Allgemeinen nur mit Vorsicht aufzunehmen, da ihr Nutzen doch noch fraglicher Natur, besonders die Sammlungen fertiger Recepte. Für den Arzt sind sie jedenfalls unnütz, den Studenten gewöhnen sie eher ans mechanische Abschreiben als an Nachdenken. Der Zweck des uns vorliegenden Büchleins ist uns ganz unklar, es macht den Eindruck als ob es zum Gebrauch für Laien geschrieben. Das Urtheil erscheint vielleicht hart, sehen wir uns daher das Büchlein an. Jedem einzelnen Abschnitt sind kurze elementare Darlegungen, dessen was z. B. ein Tripper ist etc. vorausgeschickt. Ferner finden wir 369 fertige Recepte, in der That für Behandlung venerischer Leiden scheinbar ein reicher Schatz, so z. B. zur Behandlung des Ulcus molle allein *64* Recepte, zur Behandlung des Trippers 14 Recepte über Copaiva, die gleiche Anzahl für Cubeben, für Tannin — 9, gegen spitze Condylome — 19 Rp. Leider entspricht die Qualität nicht der Quantität, denn unter den Recepten finden wir z. B. Rp. Aq. Goulardi grmm. ducenta (200) S. Zu Umschlägen etc.; und zwar wiederholt sich dieses schwer zu verschreibende Recept 3 Mal (pag. 35,41 und 45). Ferner Recepte zum einzelnen Verschreiben von reiner Jodtinctur, Lapis, Jodoform, abgesehen von den Recepten, wo 2—3 andere Mittel gleichzeitig mit den 3 genannten vorkommen. Verf. setzt also ein Fehlen jeglicher Kenntnisse vom Receptschreiben voraus, oder — es lag ihm an der Quantität der Recepte.

Taschenbücher, wie das vorliegende sind Beleidigungen für unseren Stand und finden wir den einzigen Entschuldigungsgrund darin, dass der «Secundärarzt» noch sehr jung und unerfahren sein muss.

Wir können den tüchtigen, medicinischen Enke'schen Verlag nur bedauern, dass er offenbar über den Werth des Büchleins falsch berichtet worden. P.

Bericht über 128 Ovariotomien.

Von

Dr. A. I. Krassowski.

I. Vollständige Ovariotomien.

(Fortsetzung.)

№ d. Operation	Ort und Zeit der Operation.	Ein- oder beiderseitige Ovariotomie.	Lebensalter.	Verheirathet oder ledig.	Erste Menstruation.	Menstruation während der Krankheit.	Dauer der Krankheit. Allgemeiner Zustand der Patienten.	Die vor der Operation eingeschlagenen Curmethoden.	Diagnose.	Schnittlänge.	Verwachsungen und andere Complicationen.
101	Peterh Gut einger. Priv.-wohn. 1/9 1880	Einseitige Ovariotomie	54 J.	Verh., 2 Mal glücklich gebor., zuletzt v. 25 J.	Mit 17 Jahren regelmässig.	Menopausis vor 2 Jahren.	Vor 1 Jahre bem. Pat. eine Vergr. d. Unterl. Ziemlich abgem. Pers., hat etl. T. vor d. Op. gefieb.	Therapeutische.	Colloidcyste, vermuthlich des rechten Ovariums, ist mit der Bauchwand verwachsen.	16 Ctm.	Nicht lange, bandartige Verw sungen mit der Bauchwand
102	In der gynäkolog. Abtheil. d. Gebärhauses 5/10 1880	Idem	24 J.	Jungfrau.	Mit 15 Jahren von Schmerzen begleitet.	Regelmässig, mit Schmerzen.	Bemerkte eine Vergrösserung des Leibes vor 5 Jahren. Blutarme ziemlich abgemagerte Person.	3 Mal Punction der Cyste im Jahre 1879/1880, dabei jedes Mal 18000 Grm. Flüssigkeit entleert.	Vermuthlich seröse Cyste unbestimmt welchen Ovariums, ihre Beweglichkeit ist nicht zu constatiren.	11 Ctm.	Keine Verwachsungen.
103	Ibidem 9/10 1880	Beiderseitige Ovariotomie.	28 J.	Jungfrau.	Mit 18 Jahren reichlich.	Letzte Menstruation im Mai 1880, mässig.	Im Januar 1880 die Geschwulst bemerkt, die sehr rasch an Umfang zunahm. Sehr abgem., blutarme Person.	Therapeutische.	Colloidcyste des rechten Ovariums. Mit der vorderen Bauchwand verwachsen, vielleicht auch mit dem Uterus aber nicht mit dem Becken.	18 Ctm.	Feste, stark blutende Pseudom branen zwischen der Cyste un vorderen Bauchwand. An der (fläche des linken vergrösse Ovariums fand man 2 erbseng Fibrome und auf dem Lig. l in der Nähe des Ovariums e seröse Cyste, die punctirt w
104	St. Petersburg. Privatwohnung. 22/10 1880	Idem.	41 J.	Hat 1 Mal glücklich Zwillinge geboren.	Mit 12 Jahren regelmässig, alle 24 Tage, 3—4 Tage. Vor 14 Jahren mit Schmerzen.	Mit Schmerzen im Unterleibe.	Schon v. 11 J. war d. rechte Eierst. vergr. u. verurs. oft Schm. Nach d. Geb. Paramet. mit Abscedir. durchs Scheidengew. Im März war das r. Ovar. etwa hühnereigr. u. sehr schmerzhaft; seitdem rasch. Wachsthum, mit d. Perit. compl.	Idem.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums. Verwachsungen mit der Bauchwand. Beginnende cystöse Entartung des linken Ovariums.	17 Ctm. in 2 Absätzen.	Diffuse blutende Verwachsu mit der Bauchwand und de Omentum, 7 Ligaturen à dem an dieselben angelegt und senkt.
105	Gynäkolog. Abtheil. d. Gebärhauses 3/11 1880	Einseitige Ovariotomie	59 J.	Wittwe. 3 Mal glücklich geboren, zuletzt vor 17 Jahren	Mit 15 Jahren regelmässig.	Menopausis vor 12 Jahren.	Die Vergrös. d. l. Ovar. war schon vor der letzt. Schwangerschaft constatirt. Merkl. Vergrös. seit Mai 1880 nach einer anstren. Reise. Sehr abgem. Person.	Idem.	Colloidcyste unbestimmt welchen Ovariums, verwachsen mit der Bauchwand.	18 Ctm.	Verwachsungen mit der ga vorderen Bauchwand und t weise mit dem Omentum. sehr morsche Wand der Cyste leicht ein. Ein Theil des Ome (ca. ʒIV und gr. XIV Gewi mit einer seidenen Ligatur u bunden, abgeschnitten und senkt.
106	St. Petersburg. Privatwohnung. 1/4 1881	Idem.	39 J.	Verheirathet. War 13 Mal schwanger, darunter 6 Aborte zuletzt vor 1½ Jahren	Mit 11 Jahren	Oefter aber geringer.	Bem. d. Verg. des Unterl. 4 Mon. v. d. Op. Wachs. d. Geschwulst von Schm. in d. l. Fusse u. d. l. Hälfte d. Unterl. begl. Hat an Metritis u. Gallenst. gelitten. Ernähr. gut.	Hat Karlsbader Wasser gegen Gallensteine gebraucht.	Colloidcyste des rechten Ovariums, vermuthlich ohne Verwachsungen.	10,5 Ctm.	Keine Verwachsungen.
107	Privatwohnung. 7/5 1881	Idem.	57 J.	Hat 2 Mal glücklich geboren, zuletzt v. 15 J.	Mit 15 J. 4 W. 7 Tage ohne Schm., zuletzt v. 7 J.	—	Bemerkte eine Vergrösser. d. Leibes vor 8 Jahren. Kräftig gebaute gut genährte Person	Therapeutische.	Colloidcyste des rechten Ovariums mit kurzem Stiel	16 Ctm.	Keine Verwachsungen.
108	Gynäkolog. Abtheil. d. Gebärhauses. 14/5 1881	Idem.	49 J.	Hat 1 Mal glücklich geboren.	Mit 12 Jahren 4 Wochen, 5 Tage ohne Schm. zuletzt v. 3 J.	Regelmässig.	Bemerkte die Vergrösserung des Leibes vor 10 Jahren. Nervöse mittelmässig ernährte Pers.	Idem.	Colloidcyste des linken Ovariums. Auf Grund stark entwickelter Hautvenen der Bauchwand hatte man Verwachsungen mit dem Dünndarm und dem Omentum vermuthet.	14 Ctm.	Bandartige Verwachsung dem Omentum enthalten entwickelte Venen. Die Verwachsungen angelegte denen Ligaturen à deme senkt.

…r Stiel und die Art der Trennung desselben.	Die Art der Vereinigung der Wunde.	Dauer der Operation.	Das Gewicht der Cyste mit dem Inhalte in Gramm.	Ausgang der Operation.	Bemerkungen.
…sehr dicker aber breiter …der Cyste des rechten …ums mittelst 3 seidenen …turen à demeure unter…unden und versenkt.	4 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte. Listerverband.	1¾ Stunden.	Circa 5000	Tod den 7. Tag an Peritonitis.	Bei Eröffnung der Bauchhöhle floss circa 200 Grm ascitischer Flüssigkeit aus.
…er, breiter, saftiger, ge…reicher Stiel der Cyste …nken Ovariums mittelst 3 …turen à demeure unter…unden und versenkt.	4 tiefe und 3 oberflächliche Metallnähte. Listerverband.	1½ Stunden.	Circa 20,230	Genesung. Nach der Operation blieb die Temperatur fast normal. Der Verband wurde am 8., die Nähte am 10. Tage entfernt.	Vor der Operation hatte der Bauch eine querovale Form, die eher Ascites als eine Cyste vermuthen liess, dabei war die Wand der Cyste so dünn, dass das Vorhandensein der Cyste sowohl bei der äusseren, wie bei der inneren Untersuchung sehr schwer zu constatiren war, deshalb zuerst Probeincision.
…lich breiter, fleischiger, …sreicher Stiel der Cyste …echten Ovariums mittelst …lener Ligaturen à demeure …bunden und versenkt. Das …Ovarium mit einem Theil …reiten Mutterbandes nach …gen einer Ligatur, mit der Scheere abgetragen.	4 tiefe und 8 oberflächliche Metallknopfnähte. Listerverband.	2¼ Stunden.	24,200	Tod den 3. Tag an Peritonitis. Collapsus trat sogleich nach der Operation ein.	Zur Stillung der hartnäckigen capillären Blutung aus den Verwachsungen des Peritonäums mit der Cyste wurde die, zur Operation verbrauchte Zeit hauptsächlich benutzt.
…t langer, dicker, derber …der Cyste des rechten Ova…s mit 2 Ligaturen unter…den, trotzdem arterielle …ung aus dem Stumpfe, da…noch 2 Ligaturen an die …rien. Der Stiel versenkt. …Stiel der linken Cyste mit …gaturen à demeure unterbunden.	5 tiefe und 7 oberflächliche Metallnähte. Antiseptischer Verband.	2 Stunden.	Cyste 2046,3, Inhalt 6139	Genesung.	Die Cyste war eine multiloculäre, punctirt wurden nur etliche Abtheilungen. Bei der Extraction der Cyste gelangte ein Theil des Inhaltes in die Bauchhöhle. Collapsus während der Operation. Die Blutung aus der Adhäsionsfläche der Bauchwand mit Ol. Martis gestillt.
…er, breiter, nicht sehr ge…eicher Stiel der Cyste des …en Ovariums mittelst 4 …ner Ligaturen à demeure …erbunden und versenkt. *Drain.*	2 Nähte nach Köberle, 5 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Gewöhnlicher Verband.	2 Stunden.	5450	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	Trotz Einreissen der Cystenwand während der Extraction gelangte kein Cysteninhalt in die Bauchhöhle. Circa 1 Pfd. des Inhaltes floss nach aussen. Behufs schneller Extraction des Cystensackes wurde eine Hand in die Cyste, die andere in die Bauchhöhle eingeführt.
…efässreiche, kurze saftige …gehörte dem rechten Ova…an. Der Stiel mit 4 Liga… à demeure unterbunden und versenkt.	5 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte.	1¼ Stunde	9725 (9004 und 721).	Genesung.	Uniloculäre Cyste, deren Wandungen stellenweis knorpelhart. Bald nach der Genesung litt die Frau wieder an Gallensteinen, daher eine Cur im Carlsbad. Bald nach der Cur wurde die Frau schwanger und kam zur rechten Zeit glücklich nieder. Jetzt gesund.
…er, dicker, fleischiger …er Cyste des rechten Ova…in 3 Theile getheilt und …einzeln mittelst einer …en Ligatur à demeure un…bunden und versenkt.	Eine Köberlesche Naht, 3 tiefe, 5 oberflächliche Metallnähte. Gewöhnlicher Verband.	1¼ Stunden.	9900	Tod den 4. Tag an Enteroperitonitis von starker Tympanitis begleitet.	Bis zuletzt vor der Operation litt sie an Gebärmutterblutungen.
…breiter und nicht kurzer …der Cyste des rechten …ms mittelst 2 Ligaturen …eure unterbunden und versenkt.	3 tiefe und 4 oberflächliche Metallknopfnähte. Gewöhnlicher Verband.	50 Minuten.	21656	Genesung.	—

109	Ibidem 28/5 1881	Idem.	23 J.	Hat 1 Mal v. 1. J. glücklich gebor.	Mit 14 Jahren 3 Wochen, 5 Tag.	Regelmässig.	6 Wochen nach der Geburt bemerkte sie eine Vergrösserung des Leibes.	Idem.	Colloidcyste des rechten Ovariums.	7 Ctm.	Keine Verwachsungen.
110	Ibidem 30/5 1881	Beiderseitige Ovariotomie	30 J.	Vor 9 Jahren glücklich geboren,	Mit 15 Jahr., 3 Wochen 5 Tage.	Im Anfange der Krankheit 4 Monate Retentio mensium, darauf 1 Monat lang Gebärmutterblutung.	Vor 10 Monaten bemerkte sie die Vergrösserung des Leibes. Blutarm. Ernährung mittelmässig.	Idem.	Colloidcyste des rechten Ovariums ohne Verwachsungen, besitzt einen sehr langen Stiel (Cystis natans).	6½ Ctm.	Während der Operation fand ausser der Cyste des rechten O riums das linke faustgross u cystös degenerirt.
111	Ibidem 14/12 1881	Einseitige Ovariotomie	61 J.	Ledig.	Mit 13 Jahr.	—	Seit 4 Jahren. Blutarm. Ernährung mittelmässig.	Den 8. Oktober 1881 die Cyste punctirt, dabei 15065 Grm. colloid. Flüssigkeit entl.	Colloidcyste. Es war unmöglich zu bestimmen welchen Ovariums. Verwachsungen mit der Bauchwand, vielleicht auch mit dem Darm.	24 Ctm.,	Breite blutende Verwachsung an dieselben zwei Ligaturen gelegt. Entfernung eines ni grossen Uterusfibroms nach legung einer Ligatur an de Stiel.
112	Ibidem 10/3 1882	Beiderseitige Ovariotomie	18 J.	Verheir., war nie schwanger.	Mit 13 Jahren	Von Schmerzen begleitet.	1 Jahr. Ernährung mittelmässig.	Therapeutische.	Colloidcyste d. rechten Ovariums, cystöse Degeneration des linken. Beide Cysten beweglich.	10 Ctm.	Keine Verwachsungen, Tor der beiden Cystenstiele.
113	Ibidem 12/4 1882	Idem.	40 J.	Idem.	Mit 14 Jahr., 3 Woch., 3-4 Tage, ohne Schmerzen	Dauerten 7 Tage, waren reichlicher.	1 Jahr. Blutarme und abgemagerte Person.	Idem.	Cyste, vermuthlich des linken Ovariums, verwachsen mit der Bauchwand, für die Ovariotomie günstig.	16 Ctm.	Ausgebreitete, blutende Ver wachsungen mit der Bauchwa Die Blutung gestillt durch A legen zweier seidener Ligatur und andauernde Compression Bauchwand mit den Händen.

II. Unvollständige u

1	Spital in Zarskoje-Sselo. 22/5 1867	Partielle Ovariotomie des recht. Ovariums.	25 J.	Ledig.	Mit 13 Jahren, waren schmerzhaft.	—	Vor 2 J. fühlte d. Frau Schmerzen im Hypogastrium, die sich in Folge eines Falles verstärkten. Im October 65 bemerkte sie die Vergrösserung des Unterleibes.	Therapeutische.	Seröse Cyste, unbestimmt welchen Ovariums, wahrscheinlich mit Verwachsungen. Ascites.	13 Ctm.	Die Cyste mit dem Trokart der als Handhabe diente, entle Breite Verwachsungen mit Peritonäum, dem Dünndarm dem Mesenterium; die beiden teren schwer trennbar. Die Verwachsung der hinteren Flä der Cyste mit dem Mesenteri sehr gefässreich. Nach Extract d. Cyste bekam man erst den rechten Uterusrande verlaufen Stiel zu Gesicht.
2	In der Academisch. Frauenklinik. 23/12 1869	Idem.	30 J. kräftig geb. Person mit dickem Fettpolster.	Verheirathet, hat nie geboren.	Mit 11 Jahren Unregelmäss., mit 18 Jahren profus. Seit 1863 regelmässig	—	Seit dem 18. Jahre.	Idem.	Cyste, wahrscheinlich des rechten Ovariums, vermuthlich mit dem Peritonäum u. dem Uterus verwachsen, besitzt einen kurzen Stiel.	16 Ctm.	Ausgedehnte leicht zu trennen Verwachsungen mit d. Peritonä parietale u. dem Omentum. An feste, breite und gefässreiche V wachsung mit einer Dünndar schlinge wurden 2 Ligaturen gelegt. Der untere Abschnitt Cyste war fest mit dem Becke peritonäum, dem Uterus und Harnblase verwachsen. Die C wurde nach Möglichkeit herau fördert und mehr als ²/₃ mit Scheere abgetragen. Blutung den Gefässen der Cystenwand telst Koeberle'scher Pincetten stillt. Gänsefederdicke Vene oberen Rande des nicht extrahi Theils wurde unterbunden, die neben verlaufende Arterie prov risch mittelst Koeberle'scher cette eingeklemmt.
3	Privatwohnung. 12/3 1872	Beiderseitige Ovariotomie (partielle d. rechten, vollständ. des linken Ovariums.)	43 J. kräf. geb., nicht stark abg. P.	Seit 23 J. verheir. hat 2mal (II u. IV) abort. und 10mal rechtzeitig geb. zuletzt 2 Jahre vor d. Operat.; währ. der letzt. Schw. (Zwilling) existirte schon die Cyste.	Mit 14 Jahren	—	Mehr als 2 Jahre.	Idem.	Colloidcyste des recht. Ovariums, die mit dem Uterus verwachsen ist. Links durch das Scheidengewölbe lässt sich noch eine Geschwulst palpiren, es konnte aber nicht entschieden werden, ob dieselbe dem linken Ovarium angehörte od. ein Theil der rechten Cyste sei.	15 Ctm.	Feste Verwachsungen der Cy mit der hinteren Uterusfläche der rechten Beckenwand in der gend der Art. hypogastr., kon nicht mit d. Fingern zerstört den. Die Cyste wurde nach lichkeit nach aussen befördert. dem Abtragen derselben eine L tur en masse an die blos in e Region stark entwickelten Gef und 3 Ligaturen an die kleiner Gefässe angelegt.

eiter, gefässreicher, nicht langer Stiel der Cyste des riums in 3 Stränge getheilt jeder einzeln mit einer sein Ligatur à demeure unterbunden und versenkt.	1 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Listerverband.	45 Minuten.	2830	Genesung.	Der linke Eierstock normal, aber von Pseudomebranen umgeben.
langer, fleischiger Stiel rechten Cyste in 2 Theilen elst 2 seidenen Ligaturen meure unterbunden u. vert. Der Stiel d. linken Cyste Theilen mittelst 2 seid. aturen und einer allgemeià demeure unterbunden.	2 tiefe und 2 oberflächliche Metallnähte.	35 Minuten.	515	Genesung.	Vor der Operation starke Schmerzen beim Gehen. An der Fimbria der an den Stiel der Cyste angelötheten rechten Tube befand sich eine nussgrosse Cyste und viele hirsekorngrosse Cystchen.
ei Ligaturen an den Stiel, derselbe versenkt.	Drei Nähte nach Koeberle, 5 tiefe u. 5 oberflächliche Metallnähte. Drain. Gewöhnlicher Verband.	2½ Stunden.	14710	Tod den 12. Tag in Folge von Entkräftung u. Peritonitis. Die Nähte nach Koeberle wurden d. 2. Tag entfernt, Druckgangrän an der Stelle. Die Metallnähte wurden den 7. Tag entfernt. Die Wunde war theils per primam geheilt, theils verklebt.	Beim Drainiren des Douglas war d. Harnblase angestochen, daher aufs Neue drainirt. Die Urinfistel heilte in 5 Tagen. Nach der Operation wurde ein Neugebauer'scher Katheter in die Harnblase eingeführt.
ter, dicker, wenig gefässcher Stiel des rechten Ovaas mit 2 seidenen Ligaturen rbunden, ebenso der nicht ge, aber dicke und gefässhe Stiel des link. Ovariums. Beide Stiele versenkt.	Eine doppelte Naht und 4 oberflächliche Knopfnähte. Drain. Listerverband.	35 Minuten.	4308	Genesung. Der Listerverband wurde den 6., alle Nähte den 8. Tag und der Drain den 9. Tag entfernt. Der obere Theil der Wunde heilte per primam; der unter ging auseinander und eiterte.	Das linke Ovarium hühnereigross, seine Oberfläche durch kleine Cysten durchsetzt. Um den Stumpf d. recht. Ovariums bildete sich eine entzündliche Schwellung.
ger, fleischartiger Stiel des t. Ovariums mit 2 Ligatuunterbunden, ebenso d. Stiel linken Ovariums behandelt. Beide Stiele versenkt.	4 tiefe und 4 oberflächliche Metallnähte. Drain. Gewöhnlicher Verband.	2 St. 5 Min.	8720	Tod den 4. Tag an Peritonitis.	Zwei Fibroide, das Eine am Fundus uteri, das Andere am rechten Lig. latum wurden nach Anlegung der Ligaturen am Stiel abgetragen.

nischte Ovariotomien.

h Anlegung einer seidenen atur en masse an den Stiel, de derselbe abgeschnitten. dem verwachsenen Theil Cyste wurden 3 Bündel geht, jedes einzelne mit einer atur unterbunden und der aussen beförderte Theil d. te mit einer Scheere abgegen. Der Stiel und die 3 ündel in die Bauchhöhle versenkt.	Vier tiefe das Peritonäum mit fassende und vier oberflächliche Metallnähte. Gewöhnlicher Verband.	2 St. 40 Min.	Gewicht der Cyste nicht bestimmbar.	Tod 40 Stunden nach d. Operation an Peritonitis. Section nicht gestattet.	—
Rest der Cyste stellte eine tgrosse Höhle dar. Im unn Wundwinkel wurde eine tallnaht angelegt, die den mit fasste. Ausserdem den noch 4 tiefe Nähte nach eberle angelegt. Bei dem nähen der Cyste wurde beders Acht gegeben auf das assen der Peritonäalfläche Cyste an das Peritonäum der Bauchwunde.	4 tiefe das Peritonäum nicht mit fassende und 4 oberflächliche Metallnähte. Durch die einen Zoll lange Oeffnung in dem unteren Wundwinkel wurde ein elastischer Catheter in die Cystenhöhle eingeführt. Gewöhnlicher Verband.	3 Stunden.	Der abgetragene Theil der Cyste wog 306, der Inhalt 13792 Gramm.	Tod 40 Stunden nach d. Operation an Peritonitis. Bei d. Section fand man ausserdem mehr oder weniger feste Flächen- und bandartige Verwachsungen, besonders in der Fossa iliaca dextra und in der Excavatio recto-uterina, ferner frische Peritonitis m. Exsud. schmutzigbrauner Flüssigkeit. In der Bauchhöhle neben dem oberen Wundwinkel, umringt v. Dünndarmschlingen, Omentum und Bauchwand, fand sich ein vergessener, zurückgebliebener Schwamm, welcher gänseeigross und von eitriger Flüssigkeit durchtränkt war.	Im Jahre 1863 behandelte ich die Frau an chronischer Entzündung d. serösen Ueberzuges des Uterus, fand aber keine Veränderungen in den Ovarien. Im Jahre 1864, nachdem die Frau 2 Wochen an Recurrens litt, stellten sich Dispnoe, Kopf- u. Unterleibsschmerzen ein. Das linke Ovarium war auch cystös degenerirt, wurde aber nicht exstirpirt.
mit der Ligatur en masse schnürte Theil wurde in unteren Wundwinkel verst einer Acupressurnadel tigt, die durch die Wunder und den Rest der Cyste der Ligatur durchgeführt Der Cystenrand wurde an Peritonäalrand der Bauchde angenäht und eine tiefe allnaht angelegt. Dünner, m. langer Stiel des cystös rteten faustgrossen linken riums in den Clamp gefasst, gebrannt und versenkt.	4 tiefe das Peritonäum und die Cystenwand mit fassende und 4 oberflächliche Metallnähte. Gewöhnlicher Verband.	1 St. 30 Min.	19645	Genesung. Den 29. Tag stand sie auf. Gangrän des unteren Wundwinkels. Den 7. Tag 3 oberflächliche, den 8. die Acupressurnadel und den 9. Tag d. übrigen Nähte entfernt. Im unteren Wundwinkel blieb eine Fistel nach, durch welche tropfenweise colloide Flüssigk. sich entleerte. Drain.	Auf der Innenfläche der Cyste sassen noch etliche kleinere Cysten, welche aufgeschnitten wurden. Noch bis zum April 1874 heilte die Fistel nicht, dabei entleerte sich beständig colloide Flüssigkeit. Trotz totaler Exstirpation des linken Ovariums menstruirte d. Frau doch. Wahrscheinlich gehörte die r. Cyste dem Parovarium an, vielleicht enthielt der zurückgebliebene Theil der Cyste das rechte Ovarium.

4	In der Gynäkologischen Abtheilung. 19/9 1872	Einseitige unvollständige Ovariotomie.	58 J.	Verheiratet, war 5 Mal schwanger; zuletzt vor 15 Jahren ein Abort.	Mit 13 J. regelm. Mit 25 J. beständ. Ausfl. v. blut. Schl., dabei nicht bestän. Unterl.-Sch. Nach d. Abort verme. sich d. Abson. d. blut. Schlei.	Blieben mit 50 Jahren aus.	Circa 8 Jahre. Stark ausgesprochene Abmagerung.	—	Colloidcyste, wahrscheinlich des rechten Ovariums, mit kurzem Stiel, vermuthlich ohne Verwachsungen mit d. Beckenwand. (Die Diagnose hatte sich nicht bestätigt).	Circa 16 Ctm.	In Folge der Verwachsung des teren Abschnittes der Cyste dem Beckenperitonäum, Uterus dem rechten Lig. latum, und Unmöglichkeit diese Verwachs gen zu trennen, wurde die C in der Nähe des Uterus in d. r förmigen Clamp von Spencer W eingeklemmt und 5/6 der Cyste getragen. Ausweichen des ei klemmten Theils, starke Blutu daher ein Ecraseur, der zugl den rechten Uteruswinkel mi fasste, an den Stumpf angele
5	Ibidem 1/12 1873	Idem	46 J.	Heirathete mit 20 Jahren 6 Jahre darauf kam sie rechtzeitig nieder. Erkrankte nach der Geburt.	Mit 16 Jahren regelmässig.	—	Im Sommer 1872 nach dem 4. Monate die Menstruation ausgeblieben war. Etwas abgemagerte Person.	—	Colloidcyste des link. Ovariums, mit kurzem Stiel, wahrscheinlich mit der vorderen Bauchwand verwachsen.	16 Ctm. in 2 Absätzen.	Bandartige Verwachsungen mi Omentum, dieselben nach Anle von Ligaturen abgebrannt. Die traction der Cyste misslang, d. Cyste mit d. Beckenwandun und dem Uterus verwachsen w ebenfalls misslang die Enuclea d. Cyste aus deren serösem Ue zuge, da sich eine ziemlich sta Blutung aus dem zerrissenen fässplexus einstellte. Nach d. ligen Entleerung der Cystensac den Clamp gefasst und mit 13 gaturen durchnäht, theils um genseitig die Cystenwandunger nähern, theils um der Blutung zubeugen. Die Ligaturenden aussen geführt und die Cyste telst Scheere abgetragen.
6	Ibidem 23/9 1876	Unvollständige Ovariotomie.	49 J.	Verh., 3 Mal glücklich gebor., zuletzt im J. 1850 Körperlich gut entw. Person	Mit 11 Jahren 4 Wochen, 3—4 Tage, zuletzt im Jahre 1871	—	Bemerkte die Vergrösserung des linken Hypogastriums im December 1874.	**Therapeutische.**	Colloidcyste des linken Ovariums, wahrscheinlich hint. mit dem Peritonäum verwachsen.	23 Ctm.	Die Cyste war mit dem Oment dem Dünndarm u. dem Uterus wachsen. Die Verwachsungen dem *Dünndarm mit 3*, diesell mit dem Omentum mit 2 Ligat unterbunden. Alle Ligaturen senkt. Die Verwachsungen mit Uterus waren sehr fest und gef reich, daher war ihre Trennu unmöglich.
7	In der Sommer-Abtheilung des Gebärh. 28/9 1877	Unvollständige, einseitige Ovariotomie.	21 J.	Jungfrau.	Mit 14 Jahren	Menstruatio dolorifica.	Seit 4 Jahren. Stark gebaute Person.	Therapeutische. Den 5. Juli 1877 Punctio abdominis, dabei 2800 Grm. colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste des rechten Eistocks mit dem Uterus verwachsen, ohne Verwachsungen mit der Bauchwand.	11 Ctm.	Keine Verwachsungen mit Bauchwand. Die ganze Cyste von den auseinander gedrän Blättern des breiten Mutterba mit dem sie auch fester verbu war, wie von einer Haube bede Verwachsungen mit dem D dem linken Rande des Uterus theilweise mit der Beckenwa
8	In der Gynäkolog. Abtheil. d. Gebärhauses 18/3 1878	Idem.	32 J.	Verheirathet, hat 4 Mal gebor., zuletzt vor 2 Jahren	Mit 12 Jahren regelmässig.	Letzte Menstruation kurz vor der Operation.	Vor 5 Jahren bemerkte sie die Geschwulst. Gut ernährte Person.	Therapeutische.	Colloidcyste des linken Ovariums, vielleicht des linken Lig. latum, ist wahrscheinlich mit dem Uterus verwachsen.	13 Ctm.	Die ganze hintere Fläche der war mit dem Darm verwac Beim Versuch die feste Ver sung mit dem Uterus zu tr stellte sich starke Blutung daher war man gezwungen partielle Ovariotomie auszufü
9	Stadt Peterhof. Privat-Wohnung. 13/8 1879	Partielle Ovariotomie.	50 J.	Ledig.	Mit 15 Jahren regelmässig, zuletzt vor 8 Jahren	—	Vor 3 Jahren bemerkte Pat. eine Vergrösserung des Unterleibes.	Idem.	Colloidcyste vermuthlich des rechten Ovariums, ist ziemich beweglich.	21 Ctm.	Ausgebreitete Verwachsunge Cyste mit dem Dick- und darm und dem Lig. latum nic trennt. Da der stark einge mit Blut vermischte Inhalt a Trokar nicht herausfloss, so er ausgelöffelt.

r **Ecraseur mit dem künst-** ich **gebildeten Stiel an der** Wundoberfläche befestigt.	Vier tiefe das Peritonäum mit fassende und 5 oberflächliche Metallnähte.	4½ Stunden.	22190	Tod den 3. Tag. Den 2. Tag waren die Wundränder schon überall verklebt, ausgenommen die Stelle, wo der Ecraseur und der Stiel sich befanden; diese Stelle sonderte viel Gas u. eine braune stinkende Flüssigk. ab. Bei der Section fand man Peritonitis und Gangrän des Uterus über der Ecraseurschlinge.	Ohnmachtsanfall mit Trismus, während der Operation, in Folge von grossem Blutverlust.
war **unmöglich den wahren** l **zu lösen. An den künst-** gebildeten **Stiel zuerst ein** aseur, **später aber d.** Clamp elegt. **Der Stiel wurde mit-** lst **2 Ligaturen en masse unterbunden.**	Vier tiefe und 3 oberflächliche Metallnähte. Die unterste tiefe Naht wurde durch den in der Wunde befindlichen Rest des Cystensackes durchgeführt, diente zugleich zum Festhalten desselben in d. Wunde. Zu demselben Zwecke wurde eine Naht nach Koeberle an die Wundränder u. den künstlichen Stiel angelegt; durch denselben, üb. der Koeberle'schen Naht, noch 2 Nadeln kreuzweise durchgeführt und mit Zwirn in Achtertouren befestigt. Der Stiel mumificirt mit Ol. Martis.	—	6451	Tod den 3. Tag. Section. Peritonitis.	Die Geschwulst war in fester Verbindung mit d. rechten Uterusrande, erstens vermittelst d. Lig. latum (wahrer Stiel) und zweitens vermittelst eines 2½ Zoll breiten Bandes, welches von der vorderen Uterusfläche zum unteren vord. Abschnitte der Cyste verlief.
Stiel war kurz, sehr breit in **fester Verbindung mit Verwachsungen d. Uterus.** chdem **3 Clamps angelegt** en, **wurden ¾ der Cyste ab-** agen, **der zurückgebliebene** il *als Stiel benutzt*, in der nde *befestigt* und mit Ol. Martis mumificirt.	8 tiefe und 7 oberflächliche Metallnähte.	3 Stunden.	7390	Tod 18 Stunden nach der Operation an Shock.	Den 16. Decbr. 1875 wurde zu diagnostischem Zwecke mit einem feinen Trokart punctirt, dabei [illegible] 300 Grm. ascitischer Flüssigkeit entleert. Spontane Berstung der Cyste vor d. Operation. Die vor der Operation entleerte ascitische Flüssigkeit enth. sehr viel Colloidmassen. Die mürbe Cystenwand riss während der Extraction. Collapsus während der Operation. Moschus subcutan.
die **Cyste rund** herum von **Blättern des breiten Mutter-** les **umschlossen war,** so war ch **kein Stiel** vorhanden. idem **²/₃ der Cyste** extrahirt **wurde dieselbe** in meinen p **gefasst,** oberhalb der emmung **mit** der Scheere schnitten **u.** d. Stumpf in d. ren **Wundwinkel** befestigt.	2 doppelte tiefe und 2 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	1 St. 10 Min.	3602 Grm. (112 und 3490).	Genesung den 128. Tag. Die Nähte wurden am 5. und 7. Tag, der Clamp am 9. Tag und der Drain am 59. Tag entfernt.	Wahrscheinlich hatten wir es mit einer Cyste des Ligamentum latum zu thun, die sich zwischen den Blättern entwickelt hatte.
den **Uterus** bedeckende Pe- äum **ging auf** die Cyste des ten **Ovariums** über. Der pf **mit dem** Serre-noeud ge- und **in den** unteren Wund- el **vermittelst** einer langen h **den Stumpf** und die bdecken, in der Nähe der dränder, **durchgestochenen Nadel** befestigt.	1 Naht nach Köberle und 5 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	2½ Stunden.	8750	Genesung. Wurde den 56. Tag mit einem Fistelgange, an der Stelle des Stumpfes, entlassen. Die letzte Naht wurde am 20. Tage entfernt.	Eine Hysterotomie war unmöglich wegen der festen Verwachsungen der Cyste mit dem Darm.
kurzer Stiel der Cyste des n **Ovariums.** Der extra- **Abschnitt** der Cyste in 3 le **getheilt** und einzeln in Drahtschnürer gefasst, der **demselben** gelegene Ab- tt **der Cyste** wurde abge- n **und der Stumpf** in den en **Wundwinkel** befestigt er **Weise,** dass ein freier **in die Höhle** des nachge- nen **Abschnittes** der Cyste bildete. **Ungefähr ⁴/₅ des** ensackes **wurden entfernt.**	1 tiefe doppelte Naht in der Nähe des Stumpfes und 6 oberflächliche Metallnähte.	2½ Stunden.	Circa 9000	Unvollständige Genesung.	Auf d. Innenfl. d. Cyste befand. sich zahlr., dicht geleg., stark blut. papil. Excrescenzen und stellenw. harte Knoten. 3 Mon. später stülpt. sich durch d. Fistelg. d. Stumpfes aus d. Höhle d. nachgel. Cystens. stark blut. Excrescenzen hervor, d. 2 Mal m. d. Thermoc. abgebr. wurden. Zu bem. ist noch, dass sowie in d. Wand d. abgetr., so auch in d. nachgel. Theil d. Cystensackes Carcinom-Knoten sich vorfand., welche als einz. Todesursache 6 Monate nach der Operation zu betrachten sind.

10	Gynäkolog. Abtheil. des Gebärh. 27/9 1879	Beiders. Ovariotomie u. zwar partielle d. recht. u. vollkom. d. link. Ovar.	28 J.	Verheirathet. 1 Mal im 7. Shwangerschmonat. gebor. War nach d. Geburt gesund	Mit 14 Jahren regelmässig.	Regelmässig.	Bemerkte die Geschwulst vor 3½ Jahren Ziemlich blutarme Person.	Punction der Cyste, per vaginam den 7. März und durch die Bauchdecken den 3. April 1879, dabei 2400 u. 4700 Gramm colloider Flüssigkeit entleert.	Colloidcyste des rechten Ovariums (vielleicht beider Ovarien), ist mit dem Uterus und dem Becken verwachsen.	16 Ctm.	Verwachsungen mit dem D dem Uterus und dem Becke
11	St. Petersburg, Privatwohnung. 24/10 1879	Beiderseitige Ovariotomie. Totale d. link. partielle d. recht. Ovariums.	30 J.	Verheirathet, hat 1 Mal geboren.	Mit 13 Jahren	Vor 3 Jahren Blutung aus den Genitalien.	3 Jahre. Vorgeschrittene Abmagerung.	Erleichterung nach der Punction dauerte 2 Monate.	Colloidcyste.	20 Ctm.	Die linke Cyste war mit dem O tum, die rechte mit Dünndarm Beckenperitonäum verwachs Die Verwachsungen der rec Cyste bluteten stark. Ascite
12	St. Petersburg. Privatwohn. 13/2 1880	Partielle Ovariotomie.	53 J.	29 J. verheirathet, hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 25 Jahren	Mit 11 Jahren zuletzt vor 6 Jahren	—	Vor 9 Jahren wurde die Diagnose einer kindskopfgrossen Cyste des rechten Ovariums gestellt. Paralysis progressiva.	Erste Punction im April 1879, die zweite im October 1879.	Multiloculäre Colloidcyste des rechten Ovariums, ist unbeweglich.	16 Ctm.	Dicke, ausgebreitete, gefässr Verwachsungen der Cyste obe der Bauchwand mit 2 seidene gaturen à demeure unterbun Ausgebreitete, gefässreiche wachsungen mit dem Uterus u Beckenwand. Der dem Uterus der Beckenwand anliegende T der Cyste wurde in d. Bauchh nachgelassen und zur Bildung Stumpfes benutzt.
13	Gynäkologische Abtheilung des Gebärhauses. 25/5 1880	Beiderseitige Ovariotomie und zwar partielle d. link., vollkommen. d. recht. Ovariums.	55 J.	Verheirathet, hat 2 Mal glücklich geboren, zuletzt vor 30 Jahren	Mit 20 Jahren von geringen Schmerzen begleitet, alle 4 Woch. Regelmässig. Menopausis vor 7 Jahren	—	Bemerkte die Geschwulst vor 5 Jahren	—	Cyste, vermuthlich des linken Ovariums, mit scheinbar kurzem Stiel, ohne Verwachsungen mit d. Uterus und der Beckenwand.	17 Ctm.	Verwachsungen der Cyste mit d Darm und linken Lig. latum
14	Ibidem 2/5 1881	Beiderseitige Ovariotomie und zwar partielle d. recht., vollkom. d. linken Ovariums.	37 J.	Hat 3 Mal glücklich geboren, zuletzt vor 12 Jahren	Mit 14 Jahren 3 Wochen, 7 Tage	Regelmässig, zuletzt kurz vor der Operation.	Vor 1½ Jahren bemerkte Pat. eine Vergrösserung des Leibes. Kräftig gebaute, gut ernährte Person.	Erste Punction durch die Bauchdecken im März 1880 im Nikolai-Hospital; die 2. den 26. November 1880 in der gynäkologischen Abtheilung.	Seröse Cyste, vielleicht des linken Ligamentum latum.	20 Ctm.	In der Gegend der Basis d. link Cyste befand sich ein Conglomer von orangegrossen Cysten. B tende Verwachsungen m. d. Becke wand mittelst 10 Ligaturen unt bunden. Der untere Abschnitt d rechten Cyste war mit dem Uter und Becken verwachsen.
15	Ibidem 20/3 1882	Doppelseitige Ovariotomie, partielle des rechten, vollständige des linken Ovariums.	46 J.	Verheirathet, hat 1 Mal vor 23 Jahren geboren.	Mit 16 Jahren regelmässig.	Die letzte Menstruation im Januar 1882	1 Jahr. Abgemagerte blutarme Person.	Therapeutische.	Colloidcyste d. rechten Ovariums, vielleicht sarcomatöser Natur, wahrscheinlich mit dem Omentum und dem Dünndarm verwachsen. Hydrops saccatus.	18 Ctm.	Ascites saccatus. Verbreitete le blutende Verwachsungen d. recht Cyste mit dem Colon ascenden Unmöglich war es, den Stiel den Verwachsungen zu trenn Der untere Abschnitt der C wurde mittelst 3 Drahtschling eingeklemmt, die nach ausse führt wurden. Es wurden ⅓ d. ste abgetragen.

rzer Stiel der Cyste des ken Ovariums mit einem heil der Cyste in der kenhöhle nachgelassen. Der l des linken Ovariums mit- t 2 seidener Ligaturen unterbunden.	1 Naht nach Köberle, eine doppelte tiefe, 2 einfache tiefe und 6 oberflächliche Metallknopfnähte. Drain.	2 Stunden.	Der abgetragene Theil wog 1,300, der Inhalt 2950 Grm.	Unvollständige Genesung.	Der Cystensack wurde in 3 Theile mittelst Drahtschlingen getheilt und abgeschnitten. Auf diese Weise bildete sich ein freier Gang in den Stumpf hinein.
Stiel der linken Cyste in 3 nge getheilt u. jeder Theil einer seidenen Ligatur à eure unterbunden und in d. kenhöhle versenkt. Der aus Wandung der rechten Cyste ldete Stiel in der Wunde rmittelst Drahtschnürer befestigt.	6 tiefe und 8 oberflächliche Metallnähte.	2½ Stunden.	Die linke Cyste 11973, rechte 1026	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	Collaps während d. Operation. Tr. Moschi ʒβ subcutan. Auf der Innenfläche der Cyste befanden sich papillär. Geschwülste. Chloroform wurde 3½ Unzen verbraucht.
zer, breiter, gefässreicher l der Cyste mittelst 2 seir Ligaturen à demeure ununden u. in d. Bauchhöhle versenkt. Drain.	6 tiefe und 3 oberflächliche Metallknopfnähte.	1¼ Stunden.	16090 (90 und 16000)	Tod den 3. Tag.	Der mit dem Uterus und der Beckenwand verwachsen. Theil der Cyste wurde nicht abgetrennt; an die blutenden Ränder des Cystensackes wurden 3 seidene Ligaturen à demeure angelegt.
Stiel des rechten Ovariums schnitten, mit 2 seidenen turen à demeure unterbunund in die Bauchhöhle vert. Der kurze, breite Stiel Cyste des linken Ovariums urde vermittelst 2 Drahtnürer eingeklemmt und abgen; der Stumpf ausser der Wunde vermittelst 2 h denselben. über der Einmungsstelle, durchgestoi. Neugebauer'scher Nadeln stigt. In den Stumpf wurde Zwecke des freien Abflusles sich ansammelnden Seets ein Drain eingeführt.	5 tiefe und 5 oberflächliche Metallnähte.	2½ Stunden.	Der helle colloide Inhalt wog 16150 Grm.	Genesung. Die Nähte entfernt am 6., 8. und 12. Tage.	Der rechte Eierstock war hühnereigross. Die Cyste d. linken Ovariums war mit dem linken Lig. latum verwachsen. Diese Verwachsungen erwiesen sich als stark blutende, daher war man gezwungen eine partielle Ovariotomie auszuführen.
Stiel der ersten Cyste ge- e dem linken Lig. latum an, kurz, breit, fleischig, wurmittelst 3 Ligaturen à dere unterbunden u. versenkt. r Stiel der zweiten Cyste ht. Ovarium) war sehr kurz, r ¹/₃ der Cyste nachgelas- 2 Drahtschnürer angelegt d. Stumpf aussen befestigt.	Eine Naht nach Koeberle, 2 tiefe und 11 oberflächliche Metallknopfnähte. Gewöhnlicher Verband.	3 Stunden.	6709	Tod den 3. Tag an Peritonitis.	Hartnäckige Blutung aus den Verwachsungen mit d. Becken nahm hauptsächlich die Zeit in Anspruch.
den Stiel des linken Ova- s 2 seidene Ligaturen an- t und der Stiel versenkt. Stumpf der rechten Cyste de vermittelst der Neugebauer'schen Nadel in der Wunde befestigt.	2 tiefe und 6 oberflächliche Metallnähte. Drain. Gewöhnlicher Verband.	2¼ Stunden.	8420	Entlassen mit dem Drain den 49. Tag. Zwei Nähte d. 9. Tag, die übrigen den 14. Tag abgenommen. Der obere Theil der Wunde heilte per primam. Durch Eiterung in d. Nähe des Stumpfes entstand Fieber.	Während der Operation prolabirten sämmtliche Dünndarmschlingen, die sogleich reponirt wurden. Das linke Ovarium war hühnereigross, dabei cystös degenerirt.

(Schluss folgt.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Aromata in ihrer Bedeutung für Religion, Sitten, Gebräuche, Handel und Geographie des Alterthums bis zu den ersten Jahrhunderten unserer Zeitrechnung von R. Sigismund. — C. F. Winter, Leipzig 1884.

— Die Verletzungen der Arteria mammaria interna von Fr. Vosz. — Inaug.-Dissert. Dorpat 1884.

— Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark von Prof. Chr. Aeby. II. verbess. und mit 1 Text vermehrte Aufl. — J. Dalp'sche Buchhandl. Bern 1884.

— Ueber spiritistische Manifestationen vom naturwissenschaftlichen Standpunct von Dr. O. Simony. — A. Hartleben's Verlag. Wien, Pest, Leipzig 1884.

— Untersuchungen über die Entwickelung der primitiven Aorten mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen derselben zu den Anlagen des Herzens von J. Türstig. Mit 4 Tafeln. Festschrift zum 50-jährigen Doctorjubiläum des Prof. emer. Dr. F. Bidder von der Naturforscher-Gesellschaft bei der Universität Dorpat.

— Untersuchungen über die Occipitalregion des Cranium und den proximalen Theil der Wirbelsäule einiger Selachier von Dr. E. Rosenberg. Mit 2 Tafeln. Festschrift zum 50-jährigen Doctorjubiläum des Prof. emer. Dr. F. Bidder von der Medicin. Facultät der Universität Dorpat. Dorpat 1884.

— Hygienisch-diätetische Belehrnngen. Verhaltungsmaassregeln bei Kinderkrankheiten für Mütter u. Krankenpfleger. — Denicke's Verlag. Leipzig.

Entgegnung

auf den Artikel Dr. Hagen-Torn's: «unentbehrliche Bemerkungen zur Veröffentlichung über 33 Fälle von Unterbindung der Carotis com. von N. A. Weljaminow».

In № 51 des Med. Westnik für das Jahr 1883 folgt gleich nach den «unentbehrlichen Bemerkungen» Dr. Hagen-Torn's folgender von mir an den Redacteur gerichteter Brief.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Ich halte es für meine Pflicht, Ihnen herzlich dafür zu danken, dass Sie mir die Möglichkeit gewährten, auf die Bemerkung Dr. Hagen-Torn's in derselben Nummer Ihres Blattes zu entgegnen. Ich halte es jedoch nicht am Platz, mich jetzt mit einem Dienstgenossen (bereits im Jahre 1881 ausgetreten) in eine Polemik einzulassen auf Grund eines Materials, welches weder Dr. Hagen-Torn, noch mir, als den Assistenten, sondern Dr. C. Reyher, als dem Leiter der Klinik gehört. Für riskant halte ich es, zwischen Collegen einen Streit, über etwas was vor 3—4 Jahren gewesen oder nicht gewesen, zu beginnen, wenn einer von uns, d. h. Dr. Hagen-Torn einen geringen Theil der von mir beschriebenen Fälle beobachtet hat[1]), und selbst diese geringe Anzahl war, nach seinen eigenen Worten, «zum Theil», «mittelbar» (?) von ihm beobachtet. Meiner Meinung nach wäre es unter diesen Umständen bedeutend mehr am Platze durch objectiv gehaltene nochmalige Untersuchung des einschlägigen Materials diese Frage aufzuklären, und deshalb freue ich mich sehr, dass ich Gelegenheit haben werde, da ich jetzt den Bericht über die 5-jährige Thätigkeit der Klinik zusammenstelle, nochmals die Frage über die Unterbindung der Carotis com. in gedruckter Veröffentlichung zu berühren und auf diese Weise Dr. Hagen-Torn und anderen sich für diese Frage interessirenden Collegen die Möglichkeit zu bieten, zu entscheiden in wie weit ich die von Dr. Hagen-Torn so scharf kritisirten «Folgerungen» zu machen das Recht hatte, und sich zu überzeugen, wie weit diese Folgerungen «verhältnissmässig richtige», «richtige» und «nicht bewiesene» sind.

Verweigern Sie mir nicht, Herr Redacteur die Aufnahme dieses Briefes in Ihr geschütztes Blatt.

Indessen fand ich in № 7. der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift fürs Jahr 1884 ein Referat über die Bemerkungen Dr. Hagen-Torn's und folgenden Commentar zu meinem Brief: «Wir können schliesslich unsere Anerkennung nicht versagen, wenn von berufener Seite Einsprache erhoben wird gegen die immer mehr zunehmende Leichtfertigkeit in der Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten, und müssen unseren aufrichtigen Wunsch aussprechen, dass das gute (?) Beispiel Dr. Hagen-Torn's Nachahmung finde bei allen Denen, die es ernst mit der Wissenschaft meinen und denen es klar ist, dass unzuverlässige Arbeiten auf wissenschaftlichem Gebiete nicht nur ein Verstoss gegen die Wissenschaft, sondern auch ein Frevel gegen die ganze leidende Menschheit sind. Wir freuen uns auch, dass der erste Versuch Dr. Hagen-Torn's nicht ohne Wirkung gewesen zu sein scheint, da wir in der Zuschrift des Dr. Weljaminow an die Redaction des Med. Westnik allerdings keine Rechtfertigung, wohl aber den Vorsatz Dr. Weljaminow's finden, nochmals das Material der Carotisunterbindungen in objectiver Weise durchmustern zu wollen. Hoffen wir, dass dieser Vorsatz recht bald sich realisire.

Eine solche tendenziöse Entstellung meines Briefes und der moralisirende Ton des ganzen Referates, zwingen mich, ohne das Erscheinen meines gedruckten klinischen Berichtes erst abzuwarten, Dr. Hagen-Torn darauf hinzuweisen, wie weit «unentbehrlich» seine «Bemerkungen» sind, die Redaction der St. Petersburger Med. Wochenschrift aber, wie passend gehässige Commentare zu Referaten sind, welche nur mit einem Buchstaben unterschrieben worden.

I) Hagen-Torn sagt, dass in der Zeit seiner Anwesenheit in der Klinik, d. h. vom September 1879 bis zum Mai 1881, «die provisorische Compression der Art. carotis (vor ihrer Unterbindung) in keinem einzigen Fall ausgeführt sei»... «dieser Umstand muss die Folgerungen N. A. Weljaminow's wesentlich ändern».

Indessen erklärt Hagen-Torn selbst weiter oben: «die früher ausgeführten Unterbindungen (d. h. bis zur der Zeit, in welcher H.-T. die Klinik besuchte) der Art. carotis comm. verliefen zum Theil unter meiner unmittelbaren, zum Theil mittelbaren Beobachtung». In der That braucht man nur die Zeit in welcher die Operationen ausgeführt wurden, mit der Zeit in welcher Dr. Hagen-Torn in der Klinik zugegen war zu vergleichen, um sich zu überzeugen, dass zu seiner Zeit bei meinen 23 Fällen welche die provisorische Compression der Arterie zuliessen nur 6 Operationen ausgeführt worden sind, (in 10 Fällen wurde die Unterbindung bei Blutungen oder zufällig während der Operation ausgeführt). In Betreff der übrigen 17 Fälle (von 23) theilt Dr. H.-T. selbst mit «wie ich gehört habe wird sie (d. h. die provisorische Compression) jetzt in allen Fällen ausgeführt».

Die provisorische Compression der Carotis vor ihrer Unterbindung ist in der Klinik Dr. Reyher's als Regel angenommen, wenigstens verlangte es Dr. Reyher immer; dieses hier mitzutheilen, hat er mich bevollmächtigt. Ob nun dieses thatsächlich in allen Fällen ausgeführt wurde, können natürlich weder Dr. H.-T. noch ich wissen. Was die 17 zu meiner Zeit ausgeführten Unterbindungen der Carotis com. anbetrifft, so fand in denselben die provisorische Compression thatsächlich statt, was auch Dr. H.-T. nicht leugnet; Ob diese Maassregel Dr. Reyher's in der That auch in den 6 zur Zeit H.-T.'s operirten Fällen ausgeführt worden ist, können weder ich, noch Dr. Reyher bestimmt wissen. Ja, zugegeben sogar, dass zu Hagen-Torn's Zeit die klinischen Principien nicht thatsächlich ausgeführt wurden, immerhin ist es unzweifelhaft, dass meine «Annahmen» (aber nicht «Folgerungen» wie Dr. Hagen-Torn sagt) in keiner Weise sich verändern, da ja auch in diesem Falle meine Annahmen sich auf 17 statt 23 Fälle stützen.

Ist nicht direct aus dem oben Gesagten ersichtlich, dass schon die erste Entgegnung Dr. Hagen-Torn's keine wissenschaftliche und ernste ist, sondern vielmehr den Ausdruck seiner subjectiven Gefühle gegen die Klinik darstellt, zu der er übrigens selbst 2 Jahre lang gehört hat.

II) Dr. Hagen-Torn schreibt: «in dem Artikel wird von den grossen Vortheilen der doppelten Unterbindung der Arterie mit nachfolgender Durchschneidung derselben gegenüber der einfachen Unterbindung gesprochen. Ich meine, dass man von dem Vorzuge der einen Heilmethode vor der anderen und namentlich von einem grossen erst dann sprechen kann, wenn man sowohl die eine, als auch die andere erprobt hat».

Die einfache Unterbindung ist gewöhnlich ausgeführt worden und zwar einige hundert Mal; ihre Resultate im Hinblick auf die Nachblutungen sind allen wohlbekannt, folglich ein Vergleich der doppelten Unterbindung mit der einfachen vollkommen möglich. Ist wirklich Dr. Hagen-Torn ernstlich der Meinung, dass nur derjenige von den Vortheilen der einen Methode vor der anderen reden kann, der sowohl die eine, als auch die andere selbst erprobt hat? Hält wirklich Dr. Hagen-Torn, um z. B. über die Vortheile der Antiseptik reden zu können, es für nothwendig vorher pansement sale selbst zu erproben? Ferner scheint mir, dass wenn es auch Dr. H.-T. «augenscheinlich» ist, dass meine Combinationen nicht richtig sind, dieses weder für mich, noch für die Leser irgend wie überzeugend ist, da ja Dr. Hagen-Torn den Beweis, dass meine Combinationen nicht richtig seien, nicht liefert!

An derselben Stelle hebt Dr. Hagen-Torn aus meiner Arbeit folgenden Passus hervor: «Die einmal beobachtete Nachblutung entstand vielleicht daher, dass wir immer das Gefäss mit 2 Ligaturen unterbanden und nachher dasselbe durchschnitten»... und ironisch fragt er, «dieses ist wol der grosse Vortheil»?

Thatsächlich aber, indem ich anfangs für die doppelte Unterbindung plaidire, sage ich: «*nur ein einziges Mal* sahen wir aus dem unterbundenen Gefäss eine Nachblutung, vielleicht deshalb etc., etc... Was ergiebt sich? Dr. Hagen-Torn hat bei Anführung meines Textes einfach das Wort «nur» ausgelassen, und hat auf diese Weise meine Phrase unlogisch gemacht; aber solche polemische Handgriffe braucht man im Feuilleton kleiner Zeitungen und auch dann nur, wenn der Kritiker nicht das genügende Material für seine Kritik findet; in wie weit jedoch derartige Handgriffe in eine Polemik über wissenschaftliche Fragen passen, das überlasse ich — Dr. H.-T. selbst zu entscheiden.

III) Dr. Hagen-Torn sucht aus meinen Krankengeschichten zu beweisen, dass unter der Zahl unserer Fälle nach der Operation

[1]) Man kann sich davon leicht überzeugen, wenn man die Zeit des Aufenthaltes Dr. Hagen-Torn's in der Klinik mit der Zeit, in welcher die Operationen ausgeführt wurden, vergleicht.

4 Mal Gehirnerscheinungen aufgetreten seien, welches ich verschwiegen haben soll.

Betrachten wir denn diese Erscheinungen: In der That starb die Patientin sub № 9 2 Tage nach der Operation unter comatösen Erscheinungen, doch die Section, deren Protokoll von Dr. Hagen-Torn selbst unterschrieben ist, ergab: «Knoten eines Neoplasma auf der Dura mater».

In Folge dessen hielt ich mich für berechtigt, ohne übrigens behaupten zu wollen, dass das Coma nicht Folge der Carotisunterbindung sei, diesen Fall aus den für die Statistik tauglichen auszuschliessen, da ich ihn für keinen reinen Beobachtungsfall hielt; ich glaube, ich war im Recht, und mir ist vollkommen unverständlich, weshalb Dr. Hagen-Torn durchaus auch diesen Fall in die Zahl reiner Beobachtungen, für die Folgerungen geeignet, eingereiht wünscht. Ferner, in den Fällen sub № 21 und 22 wurden zeitweise auftretende Schmerzen im Kopfe resp. in den Augen beobachtet, und diese Schmerzen wurden von Dr. Hagen-Torn zu Gehirnerscheinungen in Folge der Unterbindung der Carotis com. gerechnet. Man darf jedoch nicht vorübergehende Kopfschmerzen nach einer Operation in der Narcose als Folgeerscheinungen einer Carotisunterbindung auffassen; es giebt noch viele Momente bei jeder Operation und in jeder Narcose, welche ebenfalls vorübergehende Kopf- oder Augenschmerzen erklären könnten!... Somit bleibe ich noch immer bei meiner Ueberzeugung, dass nach Ausschluss des Falles sub № 9, wir nur ein einziges Mal es mit nachfolgenden Gehirnerscheinungen zu thun hatten und zwar war es eine zeitweilige Facialisparalyse bei Pat. sub № 3, was in meinen Arbeiten zu verschweigen mir auch nicht eingefallen ist.

Was jedoch den Zusatz Dr. Hagen-Torn's anbetrifft, dass bei der Kranken sub № 21 bis jetzt noch eine Hypoglossusparalyse existire, was ich verschweigen soll, so kann ich Dr. H.-T. auf den Artikel Dr. F. K. Bornhaupt's (jetzt Professor in Kijew) hinweisen, welchem ich die Krankengeschichte dieser Patientin entnommen habe. (Siehe Wratsch 1880, № 24). Prof. Bornhaupt selbst hat «unmittelbar» die Kranke beobachtet und behandelt und erwähnt nichts von dieser Paralyse, und ich verstehe nicht, weshalb Dr. Hagen-Torn es wünscht, dass ich den Beobachtungen Prof. Bornhaupt's nicht glauben soll; nicht alle stehen so zu ihren Collegen, wie Dr. Hagen-Torn.

IV) Was die bitteren Klagen des Verfassers der «unentbehrlichen Bemerkungen» anbetrifft hinsichtlich der schrecklichen Leiden der Kranken, an denen bei malignen Geschwülsten die Carotisunterbindung ausgeführt wurde, so führe ich zur Charakteristik der Gerechtigkeit seiner Einwände nur Folgendes an: Dr. Hagen-Torn behauptet, dass die Kranke sub № 5 nicht, wie dieses bei mir erwähnt war, nach der Operation vollkommen von Schmerz befreit gewesen, dass die Schmerzen fortdauerten, wenn sie auch erträglicher waren. Erstens hat Dr. H.-T. einen nicht unbedeutenden Umstand aus dem Auge gelassen und zwar, dass diese Kranke am *25. April 1879 operirt wurde,* während Dr. H.-T. nach seinen eigenen Worten *im September 1879 in die Klinik eintrat.*

Zweitens sind meine Worte durch folgende Documente begründet: a) Krankengeschichte, unterschrieben vom Ordinarius der Abtheilung, b) Krankengeschichte, unterschrieben vom Curator, c) Krankengeschichte, gedruckt in der oben erwähnten Arbeit Dr. Bornhaupt's, der zu der Zeit ältester Assistent der Klinik war; in dem Artikel Bornhaupt's heisst es: «Die Schmerzen im Kopf und Arm liessen allmälig nach und schliesslich *hörten sie vollkommen auf*»... Somit traut Dr. Hagen-Torn in diesem Fall schon nicht nur mir allein, sondern auch Dr. Reyher, Dr. Bornhaupt, dem Ordinarius der Abtheilung und dem Curater nicht. Ich denke, dass dieser Zug aus den Bemerkungen Dr. H.-T.'s eigentlich schon allein genügt, zur vollkommenen Charakteristik der Methode Dr. H.-T.'s, einen Streit über fremdes Material zu führen. Noch einen Punct aus den «Bemerkungen» des Dr. H.-T. möchte ich erwähnen. Zum Schlusse seines Artikels erinnert er mich, dass ich mit ihm die Meinung Pilz's von der Nutzlosigkeit der Carotisunterbindung bei nicht operirbaren Geschwülsten getheilt habe. Sehr möglich, dass ich vor 3 Jahren im kameradschaftlichen Geplauder meine Meinung gegen die Unterbindung der Carotis in den erwähnten Fällen geäussert habe, aber sollte denn Dr. H.-T. wirklich der Meinung sein dass die Erfahrung die Ansichten des Arztes nicht ändern müsse? Vor vielen Jahren habe ich vielleicht im Freundeskreise meine Zweifel hinsichtlich der Bedeutung der antiseptischen Methode ausgesprochen; soll ich wirklich auch jetzt noch die Antiseptik zurückweisen? Vor vielen Jahren war ich vielleicht der Ueberzeugung, dass gute kameradschaftliche Beziehungen zwischen Leuten, die die höchste Bildung genossen, eine Polemik mit Insinuationen (обличеніями) solcher Art, wie sie Dr. H.-T. auf seinen Dienstgenossen, auf die Klinik, in der er gelernt, ausschüttet, nicht zulässig sei; brauche ich deshalb auch jetzt noch bei dieser Ueberzeugung zu bleiben? Hierauf beschränke ich mich in meiner Entgegnung an Dr. Hagen-Torn, und zugleich halte ich die Polemik für beendigt; bis zum Erscheinen meines Berichtes im Drucke halte ich mich für verbunden zu erklären, dass ich hinsichtlich dieser Frage nicht mehr antworten werde.

Jetzt noch einige Worte über das Referat der Arbeit Dr. H.-T.'s in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift. Meinen Brief und die verdrehte Wiedergabe desselben vom Referenten genannter Zeitung habe ich oben angeführt. Ich kann nicht umhin, hier meine Verwunderung auszudrücken, dass die Redaction der Zeitung, welche vor Kurzem sich das Ziel gesetzt hatte, den Westen mit russischen Arbeiten bekannt zu machen, ihre Thätigkeit damit beginnt, dass sie unter Anderen das Referat eines mich blossstellenden (обличительной) Artikels, in ihre Spalten aufnimmt, ohne meine ausführliche Entgegnung abzuwarten, und dem Referenten erlaubt, nicht nur den Sinn meines Antwortschreibens absichtlich zu verdrehen, sondern auch das Referat überhaupt mit seinem Commentar zu versehen (украшать), noch dazu ein Referat, das nicht einmal mit dem vollen Namen des Autors unterzeichnet ist.

27. März 1884. Dr. N. Weljaminow.

Audiatur et altera pars! diesem Grundsatze folgend, haben wir dem geehrten Herrn Einsender das Wort unverkürzt gelassen, wie wir auch seinem Gegner, Dr. Hagen-Torn die Spalten unseres Blattes behufs einer Entgegnung zur Disposition stellen würden, falls wir darum angegangen werden würden. In der Streitfrage selbst enthalten wir uns aber vorläufig jeden Urtheils. Nur in Bezug auf den gegen die Redaction gerichteten Schlusspassus des obenstehenden Artikels wollen wir uns erlauben kurz Folgendes zu bemerken:

Vom Redacteur einer Wochenschrift kann man unmöglich verlangen, dass er alle Bücher, Artikel, Correspondenzen etc. selbst gelesen haben soll, welche in der Zeitschrift besprochen werden. Dafür hat er eben seine Referenten, welche dann auch für das was sie sagen selbst verantwortlich sind und diese Verantwortlichkeit durch ihre Unterschrift anerkennen, wobei die Sache ja ihrem Wesen nach dadurch nicht alterirt wird, ob der volle Name oder nur die bekannte Chiffre unterzeichnet wird. Unser Referent wird ja wohl seine Gründe gehabt haben warum er die Sache so und nicht anderes aufgefasst hat und wird diese Gründe geltend zu machen wissen, wobei er, wie wir nicht zweifeln, das Visir aufschlagen wird nachdem er so heftig angegriffen worden, — wie das ja auch früher in ähnlichem Falle geschehen ist. Wir wollen ihm nicht vorgreifen und von uns aus hier nur so viel bemerken, dass die gegen ihn gerichtete Beschuldigung einer «absichtlichen Verdrehung» ganz unzweifelhaft eine ungerechte ist. Dass wir dieses Referat aufgenommen haben ehe die Entgegnung von Dr. Weljaminow erschienen ist, kann man uns gerechter Weise wohl nicht zum Vorwurf machen, wenigstens können wir nicht die Verpflichtung anerkennen in einer Streitfrage Stillschweigen zu beobachten oder doch wenigstens nicht Stellung zu nehmen, ehe die Sache ausgetragen ist. Wenn sich ferner Dr. Weljaminow darüber wundert, dass wir unserem Referenten «erlaubt» haben sein Referat mit einem Commentar zu begleiten, so kann das wohl nur daran liegen, dass Herr Dr. Weljaminow bisher die Wochenschrift nicht gelesen hat, deren Referenten das Commentiren stets erlaubt gewesen ist. In den 8 bisher erschienenen Jahrgängen wird man kaum eine Nummer finden können, wo nicht in einem oder dem anderen Referate auch eine Kritik geübt worden ist. Diese Kritik kann verschieden ausfallen, und wenn sie auch bisweilen so ausfällt, dass sie Diesem oder Jenem nicht gefällt, so folgt daraus doch noch nicht, dass das Kritisiren überhaupt unzulässig sei. Inwiefern aber ein mit Kritik verbundenes Referiren russischer Arbeiten sich im Widerspruch befinden soll mit der ausgesprochenen Absicht der Wochenschrift, den Westen mit den Arbeiten russischer Autoren bekannt zu machen, — das wird uns stets unverständlich bleiben. Red.

Auszug aus den Protokollen praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 1. December 1882.

Dr. Ferd. Lange berichtet über den in der Tagespresse vielfach besprochenen Todesfall der Dienstmagd *Christine Meesit* und verliest das von ihm als Stadtarzt nach stattgehabter Legalsection verfasste *Gutachten*. Dasselbe spricht sich dahin aus, dass 1) der Tod defunctae durch Erstickung stattgefunden und dass 2) von gerichtsärztlicher Seite der Annahme nicht widersprochen werden könne, dass die Ch. Meesit sich selbst erwürgt habe. Das neben der auf dem Fussboden hingestreckten Leiche aufgefundene Tuch ermöglichte durch seine Länge eine zweimalige Zuschnürung. Dass die von gewisser Seite verdächtigte Hausfrau das Tuch vom Halse der Leiche, wo es angeblich auf der linken Seite geknotet war, genommen, mache psychologisch schon einen ausgeführten Mord durch Erdrosseln und nachherige Darstellung als Selbsterwürgung unwahrscheinlich. Zeichen eines vorausgegangenen Kampfes: Kopfverletzungen, Hautabschürfungen, hat die Leiche ebenfalls nicht dargeboten. — Der Selbstmord durch Erwürgen sei allerdings sehr selten, doch seien analoge Fälle von Casper, Hofmann u. A. beschrieben.

Dr. Miram verliest seinen Vortrag über *das Jodoform und seine chirurgische Bedeutung.* Nach eingehendem Referat über die Geschichte des Jodoforms, seine Pharmakologie und Toxikologie, wendet Vortragender sich zu seiner therapeutischen Anwendung und kommt zu dem Resultat, dass das Jodoform seinen Ruhm als Panacee gegen *alle* chirurgischen Leiden nicht voll verdiene. Der *glänzenden* antiseptischen Wirkung des Mittels neben seiner Handlichkeit stehen unzweifelhafte Schattenseiten gegenüber: die Giftigkeit, öftere Verhinderung der prima intentio bei directer Application, das Entstehen von Jodoformabscessen nach eingetretener

Wundheilung, öfter beobachtetes Offenbleiben von Wunden, welche mit Jodoform behandelt wurden. Eine individualisirende Methode sei also auch bei der Anwendung dieses Mittels nöthig.

Dr. Stavenhagen: das seit 1881 in der Ophthalmologie gegen Pannus, Phlyktänen und Thränensackleiden empfohlene Jodoform sei auch auf der hiesigen Klinik versucht worden: mit gutem Resultate bei Phlyktänen und Conjunctivalgeschwüren, sowie als Stäbchen bei Thränensackfisteln; bei Blennorhoe und Pannus habe es nicht die erwartete Wirkung gezeigt.

Dr. Zwingmann bemerkt, dass bereits 1879 Jodoform bei einer puerperalen Neuritis descendens — als Salbe und intern — mit günstigem Erfolge angewandt worden sei (Landesberg, Philadelphia).

Dr. Carlblom hat bei parametrischen Exsudaten Jodoform angewendet, jedoch keine rasche Resorption gesehen, welche Beobachtung Dr. Miram bestätigt, während Dr. Hach seinen Gebrauch unter Umständen für vortheilhaft hält. Nachdem von verschiedenen Seiten über auffallende Erscheinungen nach Jodoformanwendung referirt worden (Dr. Schwartz: Temperatursteigerung auf 39°, Delirien. Dr. Stavenhagen: auffallende Pulsbeschleunignng, weinerliche Stimmung, Bewegungsdrang, 38°. Dr. Berg hartnäckiges Erbrechen. Jodoformabscesse DDr. Schwartz, Miram und Hübner), äussern sich DDr. Hach und Jansen günstig über die Wirkung des *auf* die frisch genähte Wunde gestreuten Jodoforms, während Dr. Berg leichtes Einstreuen *in* die Wunde für nothwendig hält. Dr. Miram will dagegen frische Wunden nur dann mit Jodoform behandelt wissen, wenn der typische Listerverband nicht angelegt werden kann.

Vermischtes.

— Am 15. April c. verschied in Goldingen nach langer, schwerer Krankheit der Staatsrath Dr. Heinrich Hermann Schnee. Der Verstorbene stammte aus Kurland, studirte von 1833—1839 Medicin auf der Universität Dorpat, wo er nach Beendigung seiner Studien die Arztwürde erhielt. Im Jahre 1846 wurde Sch. Accoucheur, 1847 absolvirte er das Doctorexamen und im J. 1850 erhielt er nach bestandener Prüfung die Würde eines Medicinalinspectors. Der Verstorbene war successive Stadtarzt in Walk, Accoucheur der Medicinal-Verwaltung und jüngerer Ordinator an dem Militärhospital in Archangel, Ordinator am Obuchowhospital in St. Petersburg, Arzt an dem landwirthschaftlichen Institut in Gorigorezk.

— In St. Petersburg ist am 9. April c. Dr. A. Ley gestorben.

— Laut Beschlusses des Reichsraths werden die beiden ersten Curse an der militär-medicinischen Academie, welche bei der Reorganisation der früheren medic.-chirurgischen Academie eingingen, wieder eröffnet werden. Für den ersten Cursus werden die Lehrstühle der Chemie, Physik und Botanik wiederhergestellt und zwei Prosectoren für Anatomie angestellt werden.

— Der Director der pharmaceutischen Gesellschaft zu St. Petersburg Mag. pharm. J. Martenson ist, durch Ueberbürdung mit anderweitiger Arbeit gezwungen, von seinem Posten zurückgetreten und ist an seiner Stelle der bisherige Secretär der Gesellschaft Apotheker A. Forsmann, gewählt worden. Secretär der Gesellschaft ist Mag. Weigelin geworden.

Dem Jahresbericht der pharmaceutischen Gesellschaft entnehmen wir, dass die Zahl sämmtlicher Mitglieder derselben im März d. J. 343 (gegen 331 im Vorjahre) betrug, darunter 85 Ehrenmitglieder, 49 correspondirende und 209 wirkliche Mitglieder. Die Gesellschaft hielt im verflossenen Jahre den Statuten gemäss 9 Sitzungen ab, in welchen 13 wissenschaftliche Vorträge gehalten wurden.

— Die Erben des reichen Schafherdenbesitzers Falz-Fein haben für das in Odessa zu gründende evangelische Hospital 10,000 Rbl. gespendet.

— Vom 2.—5. Juni n. St. findet in Posen die IV. Versammlung polnischer Aerzte, Naturforscher und wissenschaftlicher Agronomen statt.

— Der bekannte Kliniker, Professor Dr. Kussmaul in Strassburg ist von der hiesigen militär-medicinischen Academie zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— Prof. Frerichs ist zu seinem 25-jährigen Jubiläum folgendes Telegramm von Seiten des Medicinalrathes übersandt worden:

Professor Leyden, Berlin Thiergarten-Strasse 14. W.

Der Medicinalrath Russlands ersucht Sie ergebenst Herrn Professor Frerichs beifolgendes Gratulationstelegramm vorzulesen und zu überreichen.

Hochgeehrter Jubilar!

Ihre 25-jährige ruhmvolle klinische Thätigkeit in Berlin, Ihre classischen Schriften machen den heutigen Tag zu einem Jubelfest der ersten deutschen Hochschule und der gebildeten Aerzte aller Länder. Sie haben wesentlich beigetragen zum Aufbau der Heilwissenschaft auf festem physiologischem Grunde, stets war Ihnen klinische Erfahrung maassgebend für ärztliches Handeln und stets hielten Sie an der durch die innere Medicin vertretenen Einheitsidee des menschlichen Körpers fest gegenüber dem einseitigen Ausbau der Specialitäten, denn wie Sie selbst sagten — bleibt die innere Heilkunde der segenspendende Strom von welchem die Specialfächer wie Bäche gespeist werden, die aber versiegen wenn sie sich abtrennen. Deshalb gründeten Ihre Jünger besonderen Verein und Zeitschrift, beschickten alljährliche Congresse zur Pflege der inneren Heilkunde. Seit Jahren versammelt Ihre Klinik russische Aerzte, darunter viele von unserer Regierung zur Vollendung ärztlicher Bildung hinausgeschickt. Genehmigen Sie deshalb nebst aufrichtigsten Glückwünschen zu Ihrer Jubelfeier, stetem Wohlergehen und langem Leben zum Ruhme unserer Wissenschaft, den wärmsten Dank des Kaiserlich Russischen Medicinalrathes.

Präsident Zdekauer.

Mitglieder: Sagorski, Koslow, Zizurin, Karell, Rudinski, Mamonow, Kudrin, Prosorow, Trapp, Kititzin, Rosow, Schmidt, Maydell, Tschistowitsch, Lenz, Bykow, Balinski, Botkin, Mercklin, Herrmann, Fröbelius, Etlinger, Gruber, Kade, Snigirew, Owsjannikow, Mendelejew, Eichwald, Lieven, Ucke, Mierszi̇ejewski, Poehl.

— In Berlin fanden im April-Monat *zwei medicinische Congresse* statt, welche sich beide einer regen Theilnahme erfreuten. Die «Deutsche med. Wochenschr.» erblickt wohl mit Recht darin, dass diese beiden Congresse, welche die zwei grössten Gebiete der Medicin — die Chirurgie und innere Medicin — vertreten, an demselben Orte und zeitlich schnell hintereinander tagten, wodurch es Vielen leichter als sonst gemacht wurde, an beiden theilzunehmen, ein gutes Augurium für die Zukunft, einen weiteren Schritt zur Wiederherstellung einer Gesammtmedicin.

Der XIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie begann seine Verhandlungen, welche 4 Tage dauerten, am 16. April. Am Abend vorher fand, wie gewöhnlich, die Begrüssung der Gäste in den Räumen des Hôtel du Nord statt. Wenn auch manche bedeutende deutsche Chirurgen wie Billroth, Thiersch (Leipzig), Gussenbauer (Prag), Lücke (Strassburg), Bardeleben (Berlin), der durch eine Reise nach Italien verhindert war, fehlten, so war doch die deutsche Chirurgenwelt recht zahlreich vertreten und befanden sich unter den Anwesenden ausser den Berliner Chirurgen, welche natürlich fast vollständig vertreten waren, Prof. Esmarch (Kiel), Prof. Bruns (Tübingen), Prof. König (Göttingen), Prof. Czerny (Heidelberg), Prof. Volkmann (Halle), Prof. Kraske (Freiburg), Prof. Benno Schmidt (Leipzig), Generalarzt Roth (Dresden), Credé sen. und jun., Rydygier (Kulm) u. A. Von ausserdeutschen Universitäten waren erschienen u. A. Prof. Ogston (Aberdeen), Prof. Fialla (Bukarest), Prof. E. Albrecht (Brüssel), Prof. Osler (Montreal), Prof. Fricker (Odessa).

Zum ersten Vorsitzenden wurde Prof. v. Langenbeck gewählt, zum zweiten und dritten Vorsitzenden an Prf. Thiersch's und Bardeleben's Stelle, welche verhindert waren, die Proff. Volkmann und Bergmann.

Die Aufnahme von neuen Mitgliedern ist wieder recht zahlreich gewesen und es erwies sich die financielle Lage als eine glänzende (das Vermögen der Gesellschaft hat bereits 49,000 Mark erreicht). Aus den geschäftlichen Verhandlungen des Congresses heben wir noch hervor, dass der Ausschussantrag, den Congress künftig in die Pfingstwoche zu verlegen, abgelehnt, während der Antrag, Ehrenmitglieder bis zur Zahl von 12 zu ernennen, angenommen wurde.

Prof. Langenbeck schloss den Congress mit dem Hinweis darauf, dass das Interesse an der Chirurgie und die Beschäftigung mit derselben in immer weitere Kreise dringe. Während früher nur in den Kliniken leistungsfähige Operateure zu finden gewesen wären, gebe es jetzt fast überall, auch auf dem Lande, tüchtige Chirurgen, und es sei zu wünschen, dass diese Werthschätzung der Chirurgie in derselben Weise immer weiter sich ausbreite. — Ueber die wichtigeren Vorträge des Congresses werden wir später Mittheilung machen.

Der III. Congress für innere Medicin tagte in diesem Jahre vom 21.—24. April ausnahmsweise in Berlin aus Anlass des Jubiläums seines Präsidenten Prof. Frerichs'. Der Congress zählt, wie wir dem uns gütigst zugesandten Tageblatte des Congresses entnehmen, etwa 150 Mitglieder; die Zahl der Theilnehmer war aber eine sehr grosse, so dass die Zahl der auf dem Congress Anwesenden auf mehr als 450 Personen geschätzt wurde. Es waren fast alle deutsche Universitäten durch ihre Kliniker vertreten, ferner 4 ausserdeutsche durch die Proff. Nothnagel (Wien), Lichtheim (Bern), Pribram (Prag) und Rosenstein (Leyden). Aus Russland finden wir in der Präsenzliste nur einen Theilnehmer verzeichnet, nämlich Dr. Scherschewski aus St. Petersburg. Die erste Sitzung des Congresses wurde durch den Vorsitzenden Prof. v. Frerichs am 21. April, $9\frac{1}{4}$ Uhr Vormittags, eröffnet. Prof. Frerichs begrüsste die Versammlung durch eine Ansprache, in welcher er auf die Bedeutung hinwies, die der Congress durch seine ersten beiden Versammlungen in Wiesbaden für die innere Medicin erlangt habe durch Klarerstellung und Förderung unserer wissenschaftlichen Anschauungen über die vielleicht bedeutungsvollste aller Krankheiten, die Tuberculose, die nicht minder wichtige Diphtherie, die abortive Behandlung der Infectionskrankheiten u. s. w.

Von nicht geringerer Bedeutung seien die für den gegenwärtigen III. Congress auf die Tagesordnung gesetzten Themata, wie die uns täglich beschäftigende Krankheit, die Lungenentzündung, ferner die Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarks, die Localisation der Functionen des Grosshirns, Schulhygiene in England, über Reflexe, Vaccination, Diabetes etc. An fruchtbringender Arbeit werde es also auch diesmal nicht fehlen.

Nachdem sodann auf Vorschlag des Präsidenten durch Acclamation die Proff. Leyden, Rühle (Bonn), Nothnagel (Wien) zu Vicepräsidenten und die DDr. Senator, Brieger, Guttmann und Prof. Ehrlich (sämmtlich aus Berlin) zu Schriftführern gewählt worden waren, begannen die Verhandlungen über die *genuine Pneumonie*. Zuerst sprachen über dieses Thema als Referenten Prof. Jürgensen (Tübingen) und Dr. A. Fraenkel (Berlin), worauf sich eine lebhafte Discussion entwickelte, an welcher sich viele Mitglieder betheiligten. Es fanden jeden Tag 2 Sitzungen statt, die letzte am 24. April Vormittags, in welcher Wiesbaden zum Congressort für das nächste Jahr bestimmt wurde, worauf Prof. Leyden als Präsident die Sitzung mit einem Dank an Alle diejenigen, welche zum glücklichen Gedeihen des Congresses beigetragen, schloss.

Für das nächste Jahr sind in den Ausschuss gewählt die Herren: Boerner (Berlin), Ewald (Berlin), Klaatsch (Berlin), Maerklin (Wiesbaden), und Körte (Weimar). Ersterer wurde zum Ehrenpräsidenten des Congresses ernannt. Das Geschäftscomité für das Jahr 1884/85 besteht aus den Proff. Leyden (Berlin), v. Liebermeister (Tübingen), Leube (Erlangen) und Dr. Maerklin (Wiesbaden). Ausführlichere Mittheilungen über die Verhandlungen werden wir bringen, sobald uns der vollständige Congressbericht zugegangen. Bf.

— Die kaukasischen Bäder, welche bisher vom Staatsrath Baikow arrendirt waren, sind mittelst Reichsrathsbeschlusses vom 13. December 1883 wieder unter die Verwaltung der Krone gestellt. Wie der Regierungscommissar Schtschepkin bekannt macht, beginnt die Badesaison in Pjatigorsk am 1. Mai, in Essentuki am 15. Mai, in Sheleanowodsk am 20. Mai und in Kisslowodsk am 3. Juni.

Vacanzen.

— Im Kirchdorfe *Rudowka* (Gouv. Poltawa, Kreis Priluki) ist die Stelle eines Landschaftsarztes vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und 120 Rbl. Quartiergeld; Amtsfahrten unentgeltlich. (Wr.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 15. April 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2884	1779	4663
Kinderhospitäler	179	160	289
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	238	124	362
Scharlach	18	23	41
Pocken	3	8	11
Venerische Krankheiten	436	362	798

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 14. April 1884 besucht von 2057 Kranken, darunter zum ersten Mal von 866.

am 22. April 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2940	1814	4754
Kinderhospitäler	146	162	308
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	250	136	386
Scharlach	26	20	46
Pocken	5	8	13
Venerische Krankheiten	471	382	853

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 21. April 1884 besucht von 2669 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1171.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 15. bis 21. April 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
441	362	803	135	73	139	26	11	22	89	78	66	59	63	28	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 53, Scharlach 15, Diphtherie 19, Croup 3, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 2, Thiergift 2, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 33, andere Gehirnkrankheiten 38, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 25, acute Entzündung der Athmungsorgane 123, Lungenschwindsucht 148, andere Krankheiten der Brusthöhle 14, Gastro-intestinal-Krankheiten 92, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 62, Marasmus senilis 33, Cachexia 35.

— Tod durch Zufall 1, Selbstmord 4, Mord 0.

— Andere Ursachen 18.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	30 März - 5 Apr.	181 732	84	9	24,0	10,7	30,2
Kopenhagen	2—8 Apr.	267 000	91	14	17,7	15,3	38,4
Berlin	6—12 Apr.	1 225 065	547	96	23,2	17,6	31,2
Wien	6—12 Apr.	759 849	492	31	33,6	6,3	32,1
Brüssel	30 März - 5 Apr.	171 293	86	8	25,4	9,3	38,6
Paris	4—10 Apr.	2 239 928	1219	162	28,8	13,3	30,8
London	6—12 Apr.	4 019 361	1474	261	19,0	17,7	31,4
St. Petersburg	13—19 April.	928 016	752	134	42,1	17,8	29,3

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 30. April 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Mai 1884.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 3. Mai 1884.

DUBBELN. OSTSEEBAD bei RIGA.

Eisenbahn-, Dampfboot-, Post- und Telegraphen-Station.

Gesunder inmitten von **Fichtenwäldern** belegener Badeort mit Umgegend von ca. 50,000 Badegästen bewohnt. — Grosses **Gesellschaftshaus** mit **Parkanlagen, Restauration, Concert-** und **Tanzsaal, Damen-, Spiel-** und **Lesezimmer** mit zahlreichen Zeitungen. — **Aerzte, Apotheke.** — Curmässiger Gebrauch, unter Leitung des Badearztes, aller natürlichen kaukasischen und ausländischen, sowie künstlichen **Mineralwasser**, desgleichen von **Kumyss** und **Kefir** und kalter und warmer **Bäder jeder Art.** — Vollständig meublirte **Familienwohnungen** und **einzelne Zimmer** mit Hauswäsche und Bedienung im **Gesellschaftshause** und angrenzenden **Villen.** — Russische, französische und deutsche Küche. — Die für diese Saison engagirte grosse berühmte **Julius Liebigsche Capelle** aus Berlin wird zwei Mal täglich spielen. **Bälle, Concerte, Gartenfeste.**

Anlagen und **Restauration** vom halben April bis halben September geöffnet.

Auskünfte ertheilt die **Direction der Dubbelnschen Badegesellschaft** bis zum 15. Mai in Riga, gr. Schlossstrasse № 1 parterre, später im Dubbelnschen Gesellschaftshause. 96 (1)

BAD WARMBRUNN

in Preussisch-Schlesien,

seit Jahrhunderten bekannt durch seine heilkräftigen Wirkungen gegen Gicht, Rheumatismus, Flechten, Skropheln, met. Vergiftungen, Abdominal-Plethora, öffnet seine Curanstalt am 1. Mai. Molken und alle fremden Brunnen zu Trinkkuren vorräthig. Amtliche Auskunft wird ertheilt, sowie Prospecte übersandt durch die **Bade-Verwaltung.** 104 (1)

Hierdurch die ergebene Mittheilung, dass ich neben allen Sorten

FLIESSE mich speciell mit der Herstellung von **VERBAND-WATTE**

und chemisch gereinigter

Charpie-Baumwolle

befasse. — *Muster mit Preiscourant gratis und franco.*

Hochachtungsvoll

L. Jeudy,

Verbandswatte-Fabrik,

M. 97 (2) **Eutritzsch-Leipzig, Sachsen.**

Vor Fälschung wird gewarnt.

Verkauf blos in grün versiegelten und blau etiquettirten Schachteln.

Biliner Verdauungs-Zeltchen.

PASTILLES DE BILIN

Vorzügliches Mittel bei **Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen** überhaupt. **Depôts in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Handels-Gesellsch., Rulcovius & Holm, H. Klos & Co.,** sowie in den **Apotheken und Droguen-Handlungen.**

Brunnen-Direction in Bilin (Böhmen). 58 (2)

Dr. Wiedemeister's

HEILANSTALT für NERVEN- und GEMÜTHSKRANKE

in Ballenstedt am Harz.

Im Wind- und Regenschatten des nördlichen Harzabhanges 210 Meter über dem Meere gelegen. Winter und Sommer für Damen und Herren geöffnet. Vollständiges Familienleben neben specialistischer Behandlung durch **Massage, Galvanisation, Faradisation, elektrische Bäder** und alle übrigen bekannten Heilpotenzen. P. 90 (2)

Prospecte stehen zu Diensten.

Bad Krankenheil-Tölz, Oberbayern, im schönen Isarthale.

2000 Fuss über dem Meere, am Fusse der Alpen. Jodschwefelhaltige, doppeltkohlensaure Natronquellen. Vorzüglich bewährt gegen **Scropheln, chronische Krankheiten, Frauenkrankheiten, Hautkrankheiten etc.** — Saison vom 15. Mai bis 1. October.

Gute Hotels, schöne Villen und liebliche Privatwohnungen. P. 87 (1)

Prospecte und Brochüren gratis durch die Direction.

Saison-Dauer Mai bis Octob. **Bad Reichenhall** Officielle Eröffnung 15. Mai.

Der größte deutsche klimatische Kurort inmitten der bair. Hochalpen. Soole-, Mutterlaugen- und Fichtennadel-Extract-Bäder, Ziegenmolke, Kuhmilch, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen, großer pneumat. Apparat, Inhalationssäle, Gradirwerke, Soolefontaine, Heilgymnastik. Ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, nahe Nadelwälder und schattige Promenaden nach allen Richtungen. — Täglich 2 Concerte der Curcapelle, Lesecabinette. Eisenbahn- und Telegraphen-Station. Ausführliche Prospecte durch das kgl. Bade-Commissariat. P. 93 (3)

BAD ELSTER

im Königlich Sächsischen Voigtlande.

Eisenbahnstation zwischen Reichenbach in Sachsen und Eger in Böhmen.

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Für die vom 1. September an Eintreffenden halbe Curtaxe.

(1883 Frequenz: 5462 Personen mit Einschluss der Passanten.)

Elster besitzt *an Kohlensäure reiche, alcalisch-salinische Stahlquellen,* die zu Trink- und Badecuren dienen; *1 Glaubersalzsäuerling* (die Salzquelle); Lager von vortrefflichem salinischen Eisenmoor. Die Mineralwasserbäder werden, je nach Verlangen, mit oder ohne Dampfheizung bereitet. Molken täglich frisch.

Erfolgreiche Anwendung finden die Elsterer *Eisenquellen* und *Moorbäder* gegen *verschiedene Zustände* von *Blutarmuth,* wie nach schweren Geburten, Aborten, starken Verwundungen, bei Hämorrhoidalblutungen, nach überstandenen schweren acuten und chronischen Krankheiten u. s. w., bei Bleichsucht mit Neigung zu Recidiven; gegen Krankheiten des Nervensystems, als krankhafte Reizbarkeit desselben, Nervenschwäche, Hysterie, Neuralgien, Erschöpfungsparalysen, beginnenden Tabes dorsalis und gegen gewisse *Krankheiten der weiblichen Sexualorgane,* als Menstruationsmangel, zu reichliche und schmerzhafte Menstruation, Catarrh der Gebärmutter, Sterilität p. p.

Die *Elsterer Salzquelle* (Glaubersalzsäuerling) nur zu Trinkcuren benutzt, bewährt sich bei *Blutstockungen* im *Unterleibe,* sogenannter Abdominalplethora, besonders, wenn ein gewisser Grad von Blutarmuth nebenbei besteht, bei chronischen *Magen- und Dickdarmcatarrhen,* bei *habitueller Stuhlverstopfung, chronischer Blutüberfüllung* der *Leber* und *Gebärmutter* mit reichlicher Menstruation, bei *chronischem Bronchialcatarrh* und *chronischer Gicht.*

Die Curmittel von Elster werden mit bestem Erfolg vielfach auch zu Nachcuren nach dem Gebrauche anderer Bäder verwendet.

Die *ausserordentlich gesunde,* vor rauhen Ostwinden geschützte Lage des Ortes in lieblicher Waldgegend bei einer Seehöhe von 473 Meter empfiehlt aber Elster auch als klimatischen *Curort* für *blutarme Kranke* und *Nervenleidende,* sowie für *Solche, welche durch geistige Ueberanstrengung erschöpft sind.*

Zur weiteren Orientirung über die therapeutischen Verhältnisse wird auf die Officialschrift: Bad Elster von Dr. R. Flechsig, 2. Auflage, Leipzig im Verlag von J. J. Weber 1875 verwiesen.

Der *Mineralwasserversand* erfolgt durch den *Brunnenpächter Robert Blankmeister,* der *Moorerdeversand* durch die *königliche Bade-Direction.* 51 (1)

Bad Elster 1884

Der Königliche Badedirector:

Otho.

РЕДАКЦІЯ

Календаря для врачей

покорнѣйше проситъ гг. **петербургскихъ** и **московскихъ врачей** доставить **свои** адресы съ обозначеніемъ спеціяльности и часовъ пріема больныхъ въ книжный магазинъ **К. Л. Риккера,** въ С.-Петербургѣ. Невскій просп., № 14.

РЕДАКЦІЯ

Календарь для врачей

покорнѣйше проситъ гг. **содержателей лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ нструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ** и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

CURORT TARASP-SCHULS.

Engadin. 4000 Fuss über Meer. Schweiz.

Eröffnung der Saison: in Schuls und Vulpera am 1. Juni; im Curhaus Tarasp am 15. Juni.

Nächste Bahnstation: Landeck in Tyrol, von dort nach Tarasp-Schuls in ca. 8 Stunden Fahrt ohne Bergpass.

Kurmittel:

1) Kräftigste alkalisch-salinische oder Glaubersalzquellen, welche die wirksamen Bestandtheile von Karlsbad, Kissingen, Marienbad und Vichy enthalten, diese aber an fixen Substanzen und an Kohlensäuregehalt weit überragen.

2) Verschiedenartige, alkalisch-salinische und einfache Eisensäuerlinge.

3) Alkalische und Stahlbäder mit vorzüglichem, neuem Systeme der Erwärmung. Beide Arten Bäder im Kurhause; in der Badehalle Schuls Stahl-Bäder.

4) Die bedeutende aber geschützte Höhenlage bedingt die *gleichzeitige Einwirkung des belebenden* und *kräftigenden alpinen Klima's, ein eminenter therapeutischer Vorzug, welchen Tarasp-Schuls gegenüber allen alkalischen Quellen Europa's allein besitzt.*

Kurhaus Tarasp nahe der Trinkhalle, in besonders geschützter und windstiller Lage mit eleganter Villa-Dépendance. In Schuls die Hôtels Alt- und Neu-Bellevédère; Hôtel de la Poste und Hôtel Könz; in Vulpera die Hôtels: Steiner, Waldhaus (früher Moos), Gebr. Pinösch, propr., Conradin, Tell, Vanoss. — Unterkunft für tausend Kurgäste; Möglichkeit nach jeder Börse zu leben; Preise je nach Ansprüchen. Kurärzte: Dr. Ed. Killias, Dr. J. Pernisch, Dr. O. à Porta.

General-Wasserdépôt: Eisenbahnstation Landquart bei Chur. Wasserdépôt für Russland: **Stoll & Schmidt** in St. Petersburg. Tarasper-Pastillen und Tarasper-Salz, aus der Luziusquelle erstellt bei Apotheker **Boisot** in **Schuls**. 59 (4)

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich **„Saxlehner's Bitterwasser"** zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (15)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Лечебница

Р 88 (2) для

НЕРВНО-БОЛЬНЫХЪ

Доктора **Гольста**

Рига. Вейдендамъ, № 25.

Wir haben es für möglich befunden, den Detailpreis für

CHININ

auf 3 Rbl. per Unze und 50 Kop. per Drachme herabzusetzen.

Rob. Köhler & Co.

M. 83 (3) **in Moskau.**

ARENSBURG

SEESCHLAMM-BAEDER.

Die bewährten Seeschlammbäder zu Arensburg beginnen am 19. Mai, und dauert die Saison bis Mitte August. Die ärztliche Leitung der Anstalt der Frau Weise für warme mineralische Seeschlammbäder übernimmt wie bisher der Unterzeichnete 50 (2)

Dr. med. Moritz von Harten.

Curanstalt Schöneck

ob Beckenried,

am Vierwaldstättersee (Schweiz).

Wassercuren, heisse Luftbäder, pneumatische Curen (Glocke- und Geigelsche Apparat) Milchcuren u. s. f.

Curarzt: **Dr. von Corval.** Eigenthümer: **C. Borsinger.**

Eröffnung 15. Mai. Telegraphenstation. Telephon: Hôtel Sonne Beckenried. P. 107 (1)

CURANSTALT

für Nervenkranke 65 (1)

in Blankenburg am Harz

Dr. Otto Müller und **Dr. Paul Rehm.**

ALEXISBAD

im Harz

Stahlbad und Klimatischer Gebirgscurort. Sool-, Fichtennadel-, Wellenbäder.

Vollständig neu eingerichtet. Prospecte und jede weitere Auskunft durch P. 106 (4)

Badedirection.

---

30 **Salzbrunner Oberbrunnen** 20

Alcalischer Säuerling ersten Ranges; reich an doppelt kohlensaurem Natron und Kohlensäure, bei **mässigem Gehalt** an schwefelsauren Salzen. Versandt während des ganzen **Jahres.** **Fürstliche Brunnen-Inspection.**

Schlammbäder

HAPSALS.

Warme **Mineral-, Schlamm-** und **Soolbäder, Fichtennadel-, Eisen-** und **kalte Seebäder. Mineralwässer** (Trinkhalle). Geschützte Lage, milde, stärkende Seeluft. Cursaal, Promenaden, Jardin publique und Schlosspark.

Saison:
von Mitte Mai bis Ende August.

Musik, Bälle, Bibliothek, Telegraph. Wohnungen zu jedem Preise. Hotels, Chambres garnies, Speisehäuser. Lebensmittel billig. Die Musiksteuer ist convertirt in Quartiersteuer.

Seit 64 Jahren hat sich der im Ueberfluss hier vorhandene Schlamm bewährt bei: Skropheln (Caries), Geschwüre, Exsudatreste, Rheuma, Gicht, Mercurialleiden, Syphilis, Catarrhe, Leber- und Milzanschwellungen, Sexualleiden, Bleichsucht, allen Schwächezuständen, Nervenleiden etc. Verboten ist er bei Schwindsucht, Blutungen und Geisteskrankheit. Communicationen: direct per Dampfer an die Hafenbrücke, auch über Baltischport und per Bahn über Kegel. Der Quartiere wegen schreibe man an die Aerzte Dr. Hunnius, Abels, Hoffmann, Haudelin, Linse oder an die 39 (1) **Badecommission in Hapsal.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 26 Апрѣля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction
von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 18. **St. Petersburg, 5. (17.) Mai** **1884.**

Bericht über 128 Ovariotomien.

Von
Dr. A. I. Krassowski.

(Schluss).

Bei näherer Betrachtung der oben angeführten kurz in Tabellen zusammengestellten Beobachtungen erlaube ich mir folgende Schlussfolgerungen zu ziehen, sowohl die Ovarialcysten betreffend, wie auch die Ovariotomien, als Methode ihrer Behandlung. Die Beobachtungen wurden auf's Genaueste zusammengestellt, und zwar machten dieselben zum Theil meine Assistenzärzte, zum Theil Studenten. — Vor der Operation wurde jeder Fall auf's Eingehendste öffentlich besprochen, um die von mir gestellte Diagnose während der Operation zu controliren; am 2. resp. 3. Tage revidirte ich persönlich die Beschreibung der Operation. Dank den Assistenten und der gegenseitigen Controle sind Ungenauigkeiten in der Beobachtung und Beschreibung der Fälle nach Möglichkeit vermieden worden. Alle auf diese Weise zusammengestellten Krankengeschichten wurden von mir zum Theil in meinem Berichte über Ovariotomien, zum Theil in der Militär-Medicinalzeitung und schliesslich in dem letzten Berichte der St. Petersburger Entbindungsanstalt veröffentlicht. Zu den Tabellen wurde das Schema benutzt, welches ich zuerst in meinem Ovariotomie-Atlas veröffentlichte. Aus demselben ersieht man, welche Fragen mich am meisten interessirt haben, seitdem die erste Ovariotomie mit glücklichem Ausgange von mir in Russland gemacht wurde.

Im Verlauf von 20 Jahren, d. h. seit dem 23. December 1862 bis zum Januar 1883 wurden von mir 128 Ovariotomien ausgeführt, in dieser Zeit aber im Ganzen 178 cystös entartete Eierstöcke entfernt; — von den 128 Operirten genasen 70, starben 58, d. h. 45% Todesfälle.

I. *Unter diesen Ovariotomien waren:*

1) *vollständige* 113, und zwar:
einseitige: 91, genes. 51, gestorb. 40, Sterblichk. 43,9%
doppelseitige: 22, » 12, » 10, » 45,4%
einseitige { recht. Ovarium: 57, genes. 34, gest. 23, Sterbl. 40%
{ linkes Ovarium: 34, » 17, » 17, » 50%

2) *unvollständige:* einseitige 9, genesen 3, gestorben 6, und zwar:
rechter Eierstock: 4, genes. 1, gestorb. 3;
linker Eierstock: 5, » 2, » 3;

3) *gemischte,* d. h. solche, wo von den cystös entarteten Ovarien das eine vollständig, das andere unvollständig entfernt wurde — 6, genesen 4, gestorben 2, und zwar wurde hier ein Mal der rechte Eierstock vollkommen entfernt mit günstigem Ausgang, der linke 5 Mal, genesen 3, gestorb. 2. Die Sterblichkeit der partiellen und gemischten Ovariotomien beträgt somit 53%.

II. Je nach dem *Inhalte* der Cysten lassen sich folgende Rubriken aufstellen:

1) Colloidcysten: 117, genesen 65, gestorben 52, Sterblichkeit 44,4%.
2) Cysten mit serösem Inhalt: 5, genes. 3, gestorben 2.
3) Dermoidcysten: 3, genes. 1, gest. 2.
4) Papillomatöse Cysten: 2, genes. 1, gest. 1.

Ausserdem war bei der doppelseitigen Ovariotomie (Fall № 37) die eine Cyste colloid, die andere serös.

Aus oben Gesagtem ist zu ersehen, dass wir fast 23 Mal häufiger Cysten mit colloidem, als solche mit serösem Inhalte zu beobachten Gelegenheit hatten. In 84 Fällen war die Ernährung des Organismus bereits eine sehr mangelhafte, bei Einzelnen waren bereits deutliche Zeichen von Cachexie vorhanden (genes. 43, gest. 41). Von 44 Fällen mit gutem Kräftezustande genasen 27, starben 17.

III. *Das Alter der Operirten.*

	Anzahl der Ovariotomien.	Vollständige Ovariotomien.		Unvollständige Ovariotomien.	
		Gestorben.	Sterblichkeit.	Anzahl der Operirt.	Gestorben.
von 15—20 Jahren	7	1	14,3%	0	0
» 20—25 »	18	5	27,7%	2	1
» 25—30 »	20	9	45,0%	3	2
» 30—40 »	31	13	41,9%	2	1
» 40—50 »	18	10	55,5%	5	2
» 50—60 »	18	11	61,0%	3	2
» 60 J. u. älter	1	1	—	—	—

Aus dieser Tabelle ersieht man, dass die Ovarialcysten am häufigsten zwischen dem 20. und 60. Lebensjahre vorkommen, viel seltener bis zum 20. Das Resultat der Ope-

rationen war günstiger im Alter von 15—30 Jahren (Sterblichkeit 35,5%), als in dem von 30—50 (Sterblichk. 47%), und in dem von 50—60 Jahren (Sterblichkeit 61%).

Was aber die unvollständigen Ovariotomien betrifft, so kann man wegen der geringen Anzahl derselben nur zu dem Schlusse gelangen, dass die Sterblichkeit bei denselben, ebenso wie bei den gemischten, eine höhere (53%) ist, als bei den vollständigen (45%).

IV. Unter den Operirten waren virgines 33, von ihnen starben 13; nicht geboren habende Frauen 30, gestorben 13; geboren habende 65, gestorben 32.

V. Die Entwicklung der Cysten hatte folgenden Einfluss auf die Menstruation. In 20 Fällen sistirte sie vollkommen, in 11 Fällen waren die Regeln reichlicher als normal und in 5 weniger reichlich; in 9 Fällen traten sie häufiger und in 6 seltener auf; in 50 Fällen waren die Menses vollkommen normal; in 21 Fällen hörte die Periode wegen Eintritt des klimacterischen Alters auf, in den übrigen 6 Fällen aber aus unbekannter Ursache.

Richten wir unsere Aufmerksamkeit auf die 28 Kranken, bei denen beide Ovarien, während der Periode geschlechtlicher Reife, cystös entartet waren, so müssen wir bemerken, dass bei 3 von ihnen die Menses vollkommen sistirten, bei 1 traten sie seltener auf und mit Schmerzen (Dysmenorrhoe); bei 4 häufiger, aber wiederum bei 2 davon spärlicher und bei 2 reichlicher, endlich verliefen bei 1 Patientin die Menses in Form von Menorrhagie. Bei den übrigen 19 Fällen konnte in dieser Hinsicht nichts von der Norm Abweichendes nachgewiesen werden. Unter den vollständigen doppelseitigen Ovariotomien ist mir kein Fall bekannt, wo später wieder Menses auftraten. In dem einzigen Fall, wo bei einer 43jährigen Kranken der linke Eierstock vollkommen, der rechte dagegen nur partiell entfernt wurde, trat die Menstruation auch nach der Operation wieder ein.

VI. Die Ovariotomien wurden ausgeführt:

1) in der Privatpraxis:

a) in Petersburg	16,	genes. 8,	gest. 8,	Sterblichk. 50%
b) auf den Villen in der Umgeb. Petersburgs .	8,	» 5,	» 3,	» 37,5%
somit in der Privatpraxis Summa	24,	genes. 13,	gest. 11,	Sterblichk. 45,8%

2) in der Hospitalpraxis:

a) in d. Klinik der Kais. Med.-Chir. Akademie u. in d. Hospitalabth. d. klinischen Militärhospitals	33,	genes. 17,	gest. 16,	Sterblichk. 48,5%
b) im Stadthospital von Zarskoje-Selo	16,	» 9,	» 7,	» 43,7%
c) in d. gynäkolog. Abth. des St. Petersburger Entbindungshauses . .	55,	» 31,	» 24,	» 43,6%
somit in d. Hospitalpraxis Summa	104,	genes. 57,	gest. 47,	Sterblichk. 45%.

Man ersieht daraus, dass die Ovariotomien etwas günstiger in der Hospital-, als in der Privatpraxis verlaufen, in Letzterer wiederum günstiger auf dem Lande, als in der Stadt und im Hospital. Daher kann ich es nicht unterlassen zu erwähnen, dass bei der Ausführung der Operation auf's Genaueste Acht gegeben wurde auf die Temperatur des Zimmers, auf die Reinheit der Hände, Instrumente, des Verbandmaterials etc. Was die hygienischen Verhältnisse der Operationsräume betrifft, so muss ich bemerken, dass sie überall vollkommen dem Zwecke entsprachen, mit Ausnahme der akademischen Klinik, welche zu meiner Zeit in einem alten Steinhause gelegen war, das Operationszimmer war in ihr von geringem Rauminhalt. Die Operationen wurden dort bei künstlicher Beleuchtung mittelst Petroleumlampen ausgeführt, ausserdem waren stets mehr Studenten und Aerzte anwesend, als es der Kubikinhalt der Luft im Operationszimmer gestattete. Fast in allen Fällen, mit Ausnahme bei den Operationen in der Privatpraxis, waren mehr Anwesende vorhanden, als es erlaubt sein dürfte.

VII. *Die Sterblichkeit nach allen Arten von Ovariotomien*, auf die einzelnen Monate vertheilt:

Im Januar	starben	2	von 3	Kranken,	Sterblichk.	66,6%
» Februar	»	4	» 8	»	»	50,0%
» März	»	7	» 16	»	»	43,7%
» April	»	2	» 10	»	»	20,0%
» Mai	»	14	» 23	»	»	60,8%
» Juni	»	4	» 11	»	»	36%
» Juli	»	0	» 5	»	»	0%
» August	»	1	» 7	»	»	14%
» September	»	9	» 16	»	»	56%
» October	»	7	» 17	»	»	41%
» November	»	1	» 2	»	»	50%
» December	»	7	» 10	»	»	70%.

Diese Sterblichkeitstabelle betrachtend, sieht man, dass die grösste Sterblichkeit, d. h. 60—70% auf den December, Januar und Mai, ferner 50—60% auf den November, Februar und September fällt, die geringste dagegen 0—36% auf den April, August, Juni und Juli, d. h. hauptsächlich auf die Monate, wo wir Bewohner des Nordens und hauptsächlich Petersburgs die günstigsten klimatischen Verhältnisse haben.

VIII. *Verwachsungen der Cysten mit den verschiedenen Organen.*

Bei Ausführung der Ovariotomie fanden sich Cysten:

ohne Verwachsungen	36,	genes. 25,	gestorb. 11,	Sterblichk. 30,5%
mit »	92,	» 45,	» 47,	» 51%.

Das Lostrennen der Adhäsionen war

erschwert in	75 Fällen,	genes. 36,	gest. 39,	Sterblichk. 52%
leicht in . .	17 »	» 9,	» 8,	» 47%

Anmerkung. Unter die leicht zu trennenden Adhäsionen rechne ich diejenigen, wo es mittelst der Hand leicht möglich war dieselben zu lösen und namentlich ohne Blutung; zu den schweren dagegen alle die Verwachsungen, wo schneidende Instrumente, Ferr. cand., Ligaturen, Acupressur, Filopressur in Anwendung kamen; ferner wo die Gefässe torquirt oder die Blutung durch Eis gestillt und Compression der Gefässe oder Ferr. sesquichlorat. gebraucht wurde. In dieselbe Rubrik zähle ich auch die Fälle, wo die Verwachsungen eine grosse Flächenausdehnung hatten und die Cyste nicht nur mit einem einzelnen Bauch- oder Beckenorgane, sondern mit mehreren verwachsen war. Ferner alle diejenigen Adhäsionen, wo es sich als nothwendig herausstellte einen Theil desjenigen Organes zu entfernen, mit dem die Cyste verwachsen war, z. B. einen Theil des Omentum, des Bauchfelles, eines Uterushornes; und endlich solche Verwachsungen, welche zu lösen es nicht gelang und wo die Operation nur partiell vollendet wurde oder die Hysterotomie gemacht werden musste.

Ich muss auch dessen erwähnen, dass diese Eintheilung der Verwachsungen nicht vollkommen dem Zwecke entspricht, da nicht selten bei ein und derselben Operirten sowohl leichte, wie schwere Adhäsionen vorkamen, wo ich diese Fälle dann alle unter die schweren rechnete.

Schwer zu zerreissende oder zu lösende Verwachsungen konnten mit folgenden Bauch- oder Beckenorganen constatirt werden:

1) mit dem Omentum	42	Mal
2) mit dem die vordere Bauchwand bedeckenden Peritonäum	41	»
3) mit dem die Beckenhöhle überziehenden Peritonäum	9	»
4) mit dem Ligam. lat.	7	»
5) mit der Leber	2	»
6) mit der Milz	1	»
7) mit dem Mesenterium	7	»
8) mit den Gedärmen	26	»
9) mit der Harnblase	2	»
10) mit dem Uterus	19	»

Nach ihrer Beschaffenheit waren die Adhäsionen:

1) schwach	21	Mal
2) derb	36	»

3) blutend . . . . 36 Mal
4) fadenförmig . . . . . . 3 »
5) bandartig . . . . 27 »
6) flächenartig . . . . . . 45 »
7) weit ausgebreitet . . . 40 »

Aus dem oben Gesagten ersieht man, dass in unseren Fällen nicht wenig die Operation complicirende Adhäsionen vorhanden waren, sowohl was ihre Zahl, wie auch was ihre Beschaffenheit betrifft; dabei fand man am häufigsten die Verwachsungen mit dem Peritonäum und dem Omentum, weniger häufig die mit den Gedärmen, der Gebärmutter und dem Mesenterium, und am seltensten die mit der Harnblase, Leber und Milz. Was aber die Frage betrifft, welchen Einfluss diese oder jene Verwachsung mit den Organen auf den Ausgang der Operation haben könnte, so sind wir nicht im Stande irgend einen Schluss zu ziehen, da man oft bei ein und derselben Kranken verschiedenartige Adhäsionen antrifft, sowohl ihrer Anzahl, wie ihrer Beschaffenheit nach. Wollen wir nur das noch erwähnen, dass bei den Verwachsungen mit der Harnblase in beiden Fällen die Operation einen tödtlichen Ausgang nahm; bei den Verwachsungen mit der Leber, der eine Fall glücklich, der andere tödtlich verlief, und der einzige Fall von Verwachsung mit der Milz genas. Von 42 Operirten, wo die Cyste mit dem Omentum verwachsen war, starben 23; in 11 von diesen Fällen war ein mehr oder weniger grosses Stück des Omentum entfernt worden (circa ℥iij bis ℔j, und in einem Fall etwa ¹/₃ des ganzen Omentum), von diesen Letzteren genasen 6, starben 5. Das grosse Netz wurde mittelst Ferr. cand. 5 Mal entfernt, genesen 2, gestorben 3, eine Blutung fand dabei nicht statt; mittelst Scheere 6 Mal, natürlich nach vorheriger Anlage von seidenen Ligaturen, die mit kurz abgeschnittenen Enden auf immer in die Bauchhöhle versenkt wurden, genesen 4, gestorben 2.

Zur Beseitigung der Blutung aus den Adhäsionen wurden folgende Mittel angewandt: a) Seidene Ligaturen in 43 Fällen, die mit kurz abgeschnittenen Enden auf immer in die Bauchhöhle versenkt wurden, gestorben 24, Sterblichkeit 55,8%. — Die Gesammtsumme der Ligaturen bei allen Operirten war 165. — Die grösste Anzahl von Ligaturen, die in einem Fall angewandt wurden, war 7, in einem anderen 18 (№ 83), beide Patientinnen genasen. b) Das Glüheisen wurde in 4 Fällen von Adhäsionen mit dem Omentum gebraucht, und zwar in Bezug auf die Blutstillung mit Erfolg, d. h. eine Blutung erfolgte nicht.

Um die Blutung sowohl aus den Verwachsungen zu stillen, wie auch aus denjenigen Stellen, wo dieselben adhärent waren, wie z. B. die innere Oberfläche der Bauchdecken, die Intestina, der Uterus, wo es unmöglich oder unbequem war Ligaturen anzulegen, wurden folgende Mittel angewandt: eine Lösung von Liq. ferri sesquichlor., Gossypium ferratum, Eis zu gleicher Zeit mit Compression der blutenden Stellen mittelst verschiedener Methoden, unter welchen zu nennen wären: Cintrat'sche Pincetten, Torsion der Gefässe, Filopressur, Acupressur.

c) Liq. ferri sesquichlor. rein und 1 Theil auf 4 Theile Wasser wurde 2 Mal gebraucht, 1 Mal ohne Erfolg. Dasselbe Mittel 1 Theil auf 8 Theile Wasser, 8 Mal ohne und 6 Mal mit Erfolg.

d) Gossypium ferratum 2 Mal mit und 2 Mal ohne Resultat.

e) Acupressur wurde in 7 Fällen mit Erfolg gebraucht. In den Fällen, wo es in der Nähe der Bauchwunde blutete, wurde die Koeberle'sche Naht angelegt. Zur vorläufigen Blutstillung kamen anfangs Koeberle'sche Pincetten in Anwendung, später die von Péan, und nur selten die von Baker-Brown.

IX. *Das Gewicht der Cysten.*

Das Gesammtgewicht aller operirten Cysten betrug 3750 Apothekerpfund oder circa 1343 Kilo. Die grössten darunter wogen: 76¹/₂ Pfd. (№ 53)*), 72 Pfd. (№№ 13 und 60 †); die kleinsten dagegen: 9 Pfd. (№ 101 †), 8 Pfd. (№ 84), 7¹/₂ Pfd. (№ 109), 6 Pfd. (№ 64), 5 Pfd. (№ 58) und 1 Pfd. 7 ℥ (№ 110). — Das mittlere Gewicht aller Cysten betrug 29 Pfd. — Aus dem eben Mitgetheilten ersieht man, dass ein kleiner Cystenumfang einen günstigen Einfluss auf den Ausgang der Operation hat.

X. *Behandlung bis zur Operation.*

Dieselbe stellte sich zur Aufgabe, entweder die Heilung der Cysten selbst, oder die Beseitigung von Complicationen, wie z. B. der Entzündung des Peritonäums, der Beckenorgane und der Cystenwand, und ebenso verschiedener Zufälle, die bei weiterem Fortschreiten dieser Krankheit sich einzustellen pflegen.

1) Behandlung der Ovarialcysten mittelst Punction, bevor man die Ovariotomie vornahm, und ihr Einfluss auf den Ausgang nach der Ovariotomie.

A. Es wurde durch die Bauchdecken punctirt:
1 Mal bei 16 Kranken, genes. 12, gest. 4, Sterblichk. 25 %
2 » » 8 » » 3, » 5, » 62,5 %
3 » » 1 Kranken, dieselbe genas.

B. Durch das Vaginalgewölbe bei einer Kranken; sie starb.

C. Durch das Vaginalgewölbe einmal und bei derselben Kranken noch einmal durch die Bauchdecken; sie genas.

D. Die Elektropunctur wurde in Dresden (nicht von mir) bei einer Kranken versucht; sie genas.

Daraus ersieht man, dass in 28 Fällen von Punction der Ovarialcysten, sowohl colloider wie seröser, die Elektropunctur mit eingerechnet, keine günstigen Resultate in Bezug auf definitive Heilung erzielt wurden. Es unterliegt übrigens keinem Zweifel, dass die Entleerung der Cysten mittelst Punction vorübergehende Erleichterung verschaffte und in einzelnen Fällen, wo sie bei sehr geschwächten Patienten in Anwendung kam, einen günstigen Ausgang bei Vornahme der Operation ermöglichte. — In einem Fall aber wurde bei einer Kranken, die zufällig ins Gebärhaus kam, die Punction durch die Bauchdecken wegen indicatio vitalis vom Dejourarzt Dr. Polonski ausgeführt; die später vorgenommene Ovariotomie ergab ein günstiges Resultat. Bei denjenigen Kranken, die vor der Ovariotomie punctirt worden sind, ist die Sterblichkeit gleich 36 %.

2) Therapeutisch wurden behandelt sowohl mit innerlichen, wie äusserlichen Mitteln, wie auch mit Mineralwässern, namentlich jodhaltigen, 96 Fälle.

XI. *Ursachen* für die Entstehung der Ovarialcysten wurden in den meisten Fällen (96) nicht angegeben, in den übrigen (34) aber, wo diese oder jene Gründe angeführt wurden, waren dieselben so unwahrscheinliche, dass ich es nicht für angemessen halte dieselben hier aufzuzählen.

XII. *Dauer der Existenz der Cysten im weiblichen Organismus, bis sie zur Operation kamen.*

Bei Beurtheilung dieser Frage stösst man in der Beziehung auf Schwierigkeiten, dass, in der grössten Zahl der Fälle, der Beginn der cystösen Erkrankung der Eierstöcke dem Kranken wie dem Arzte unbekannt bleibt. Die meisten Patienten wenden sich bei uns erst dann an den Arzt, wo sie nicht allein die Geschwulst bemerken, sondern wo dieselbe ihnen bereits verschiedene Beschwerden verursacht. Der Arzt und Specialist dagegen hat nur selten Gelegenheit, dieses Leiden bei seinem ersten Beginn zu beobachten. Aus dem eben Gesagten ersieht man, dass den folgenden Daten nur geringe Bedeutung beizumessen ist.

Dauer der Erkrankung:

circa ¹/₂ Jahr	16 Fälle,	genesen	10,	gestorb.	6
» 1 »	42 »	»	21,	»	21
» 2 »	22 »	»	13,	»	9
» 3 »	19 »	»	10,	»	9
» 4 »	7 »	»	4,	»	3
» 5 »	11 »	»	7,	»	4

*) Das Kreuz bedeutet Todesfall.

circa	6 Jahr	1 Eälle,	genesen	1,	gestorb.	0
»	8 »	2 »	»	1,	»	1
»	9 »	2 »	»	1,	»	1
»	10 »	1 »	»	1,	»	0
»	11 »	1 »	»	0,	»	1
»	13 »	1 »	»	0,	»	i
»	15 »	2 »	»	1,	»	1
»	18 »	1 »	»	0,	»	1.

XIII. *Chloroformnarcose.*

Alle Operationen ohne Ausnahme wurden in der Chloroformnarcose gemacht; in einzelnen Fällen bei Hysterischen und dann bei solchen Kranken, wo das Chloroform schwach wirkte, wurde mit Erfolg eine subcutane Morphiuminjection gemacht, und zwar $^1/_8$ bis $^1/_4$ Gran Morph. hydrochlorat. pro dosi.

In 2 Fällen, wo die Cyste von enormer Grösse war und Herzschwäche bestand, in Folge von Hochstand des Zwerchfells und Compression aller Brusteingeweide, wurde die Bauchhöhle zunächst durch einen kleinen Einschnitt, mit Hülfe von localer Aetheranästhesie, eröffnet und die Cyste zum grössten Theil entleert; als nun die Herzthätigkeit sich hob, wurde zur Chloroformnarcose geschritten und zur weiteren Fortsetzung der Operation. Die geringste Quantität von Chloroform, die bei einer Kranken verbraucht wurde, war ℥β, bei einer Operationsdauer von 25′ (die Zeit, die zum Chloroformiren gebraucht wurde bis zum Beginn der Operation, ist nicht mit eingerechnet); die grösste Menge von Chloroform ist in den folgenden 4 Fällen verbraucht worden:

№ 80:	℥V,	Operationsdauer	$3^1/_2$ St.,
№ 86:	℥V,	»	2 St. 20′,
№ 54:	℥Vj,	»	2 St. 35′,
№ 92:	℥Vij,	»	2 St.

Bei allen 128 Ovariotomien sind im Ganzen $22^1/_2$ Apothekerpfund, gleich 8,061 Kilogramm Chloroform inhalirt worden.

Erbrechen durch Chloroform tritt nicht selten während der Operation ein, doch gelang es fast in allen Fällen, dasselbe durch tieferes Chloroformiren zu beschwichtigen. Gleich nach der Operation kam bei 61 Operirten Erbrechen vor. Einathmung von Ammoniak und innerlich 2—3 Tropfen Tct. Opii simpl., Eispillen, Natr. bicarb., Mag. Bismuth. (gr. IV—V) und manches Mal Champagner mit Eis wurden mit Vortheil gegen das Erbrechen angewandt.

Collaps während der Operation trat 2 Mal ein und nach derselben 6 Mal (№№ 80†, 81†, 82, 83, 86 und bei 6 unvollständigen Ovariotomien). Das Hervorziehen der Zunge und die subcutane Injection von Tct. Moschi hob schnell und zusehends die Herzthätigkeit; natürlich wurde dann das Chloroformiren nach Möglichkeit eingeschränkt oder selbst ganz ausgesetzt. Todesfälle in Folge der Narcose sind bei mir nicht vorgekommen.

Trismus entstand während der Operation bei 2 Kranken (№№ 35 und 4), beide sind gestorben, № 35 am 4. Tage in Folge von Peritonitis, № 4 am 3. Tage in Folge innerer Blutung.

XIV. *Operationsdauer.*

Um alle oben angeführten Ovariotomien auszuführen, ist im Ganzen Zeit verbraucht worden: 217 Stunden 20 Min. Die kürzeste Operationsdauer 25′ (№ 25), die längste dagegen $4^1/_2$ Stunden (№ 4, unvollständige Ovariotomie). Mittlere Operationsdauer 1 Stunde 41 Minuten.

Unter den Ursachen, welche die Ausführung der Operation in unseren Fällen verzögerten, wären folgende zu nennen: 1) Mühsame Loslösung von Adhäsionen, complicirt mit heftiger Blutung bei 34 Patientinnen. 2) Hartnäckige parenchymatöse capilläre Blutung bei 17 Kranken. 3) Blutung aus dem Ovarialstiele stammend, nachdem derselbe mittelst Ferr. cand. abgebrannt worden war, in 10 Fällen. 4) Capilläre Blutung aus den Darmadhäsionen, nachdem die Cyste entfernt war, 1 Fall (№ 42), und 5) Abgleiten der Clamps vom Stumpf der Cyste mit darauf folgender Blutung, 1 Fall. Ausser durch die eben genannten Ursachen wurden die Operationen verzögert: 6) durch Ausfluss des Cysteninhalts in die Bauchhöhle und dadurch bedingte mehr oder weniger langdauernde Toilette letzterer, 8 Fälle (№№ 11, 45, 62, 74, 77, 84 und 60), 7) durch langsame Entleerung der Cyste 4 Mal (№№ 13, 53, 8, 10), 8) durch Enucleation von Uterusfibroiden, 3 Mal (№№ 14, 17, 113), 9) durch langdauernden Trismus, 1 Mal (№ 35).

XV. *Eröffnung der Bauchhöhle.*

Die kürzeste Incision war $6^1/_2$ Ctm., die längste 33 Ctm. lang, im Mittel circa 15 Ctm.

Die	Incision	war	$6^1/_2$	Ctm.	lang	bei	1	Pat.,	gen.	1,	gest. 0
»	»	»	7	»	»	»	1	»	»	1	» 0
»	»	»	8	»	»	»	2	»	»	1	» 1
»	»	»	9	»	»	»	6	»	»	4	» 2
»	»	»	10	»	»	»	13	»	»	7	» 6
»	»	»	11	»	»	»	10	»	»	6	» 4
»	»	»	12	»	»	»	11	»	»	8	» 3
»	»	»	13	»	»	»	13	»	»	10	» 3
»	»	»	14	»	»	»	4	»	»	3	» 1
»	»	»	15	»	»	»	9	»	»	4	» 5
»	»	»	16	»	»	»	14	»	»	4	» 10
»	»	»	17	»	»	»	7	»	»	6	» 1
»	»	»	18	»	»	»	12	»	»	5	» 7
»	»	»	20	»	»	»	10	»	»	5	» 5
»	»	»	21	»	»	»	3	»	»	3	» 0
»	»	»	22	»	»	»	4	»	»	1	» 3
»	»	»	23	»	»	»	1	»	»	0	» 1
»	»	»	24	»	»	»	1	»	»	0	» 1
»	»	»	25	»	»	»	2	»	»	0	» 2
»	»	»	28	»	»	»	3	»	»	1	» 2
»	»	»	33	»	»	»	1	»	»	0	» 1

Aus dieser Tabelle ersieht man, dass die Länge des Schnittes keinen Einfluss auf den Ausgang der Operation hat und dass derselbe durch andere Umstände und zwar hauptsächlich durch die Adhäsionen bedingt ist.

XVI. *Ueber den Stiel der Cysten.*

Die Stiele der grossen Cysten waren sowohl bei den einseitigen vollkommenen, wie auch bei den doppelseitigen Ovariotomien folgendermaassen gestaltet: in 46 Fällen lang und dick, in 21 lang und dünn, in 34 kurz und dick, in 2 ungewöhnlich breit und in 10 Fällen ist nichts von ihnen vermerkt, da sie keine Besonderheiten darboten. In 34 Fällen waren die Stiele sehr reich mit Blutgefässen versehen, und zwar waren es hauptsächlich dilatirte Venen. In 10 Fällen konnte Torsion des Stieles constatirt werden.

Was aber die Stiele der nicht grossen Cysten betrifft, so haben dieselben in keinem Falle Schwierigkeiten bei der Operation bereitet.

1) Bei den doppelseitigen Ovariotomien a) wurden in 13 Fällen die Stiele beider Cysten mit seidenen oder florentinischen Ligaturen abgebunden, darauf durchgeschnitten und, nachdem die Enden der Ligaturen kurz abgeschnitten, in die Beckenhöhle versenkt (genes. 9, gest. 4, Sterblichkeit 30,7%). Hierbei ist zu bemerken, dass unter diesen Fällen 3 Mal (№№ 48, 65, 88) nach vorhergegangenem Abbrennen mittelst Ferrum candens, wegen Blutung aus dem Brandschorf seidene Ligaturen angelegt werden mussten. b) Das Abbrennen der Stiele nach der Methode von Baker-Brown wurde in 8 Fällen angewandt, 2 genesen, 6 gestorben.

Anmerkung. In einem dieser Fälle (№ 2) wurde, nach zweimaligem Abbrennen des Stieles, die blutende Arterie isolirt unterbunden.

2) Bei einseitigen Ovariotomien a) wurde das Abbrennen des Stieles nach Baker-Brown in 56 Fällen ausgeführt. Dabei genügte in 39 Fällen ein einmaliges, in 8 ein zweimaliges und in 1 ein dreimaliges Abbrennen; in 8 Fällen dagegen erwies sich das Ferr. cand. als unzureichend und es musste wegen Stielblutung unterhalb des Brandschorfes mit Seide ligirt werden, worauf der Stiel, nachdem die Ligatur kurz abgeschnitten, in die Beckenhöhle ver-

senkt wurde. In den eben citirten 8 Fällen wurde die Unterbindung des Stiels vor Versenkung desselben in die Beckenhöhle ausgeführt, dabei genügten je eine Ligatur in 5 Fällen, je zwei Ligaturen in 2 Fällen und 5 Ligaturen in einem Fall. Man ersieht somit, dass das Abbrennen des Stieles zum Zweck der Blutstillung in 48 Fällen sich als zureichend erwies. Von diesen genasen 29, starben 19, Sterblichkeit 39,5 %. Die Sterblichkeit betrug, die 8 Fälle mit eingerechnet, wo der Stiel ausserdem ligirt wurde, 37,5 %. Nach dem Abbrennen des Stieles stellte sich in allen den Fällen Blutung ein, wo derselbe reichlich mit Blutgefässen versehen war.

Anmerkung 1. In einem Fall gelang es mittelst Ferr. cand. die Blutung zu stillen nach Enucleation eines nicht grossen subserösen Fibroms aus dem Fund. ut., welches während der Operation entdeckt wurde.

Anmerkung 2. In den meisten Fällen wurde das Abbrennen mittelst gewöhnlicher Glüheisen, prismatischer oder schnabelförmiger Gestalt, ausgeführt. Der Thermocauter ist nur in 4 Fällen gebraucht worden.

b) Der Stiel wurde unterbunden und, nachdem die Enden der Ligaturen kurz abgeschnitten, in die Beckenhöhle versenkt in 26 Fällen; davon genesen 12, gestorb. 14. Sterblichkeit 53,8 %. In 24 Fällen waren Seidenligaturen angewandt, ein Mal florentinischer Faden und ein Mal Catgut. Der florentinische Faden erwies sich als äusserst unpraktisch, die Ligatur gab nach und Patientin starb in Folge von Nachblutung.

c) Der Stiel wurde mit Seide unterbunden und in die Beckenhöhle versenkt, die Enden der Ligatur aber nach aussen geleitet in 2 Fällen; 1 genes., 1 gestorb.

d) Der Stiel aussen in meinem Clamp befestigt in 3 Fällen; genes. 1, gestorb. 2.

e) Der Stiel in die Bauchwunde eingenäht, nachdem er mittelst Seide ligirt, in 3 Fällen; genes. 2, gestorb. 1.

f) Endlich ist noch ein Fall unter den 91 vorhanden, nämlich № 59, in dem, nach Anlegung von 3 Seidenligaturen an den Stiel, die Blutung durch Ferr. cand. gestillt wurde und der Stiel mit den 3 kurz abgeschnittenen Ligaturen in die Beckenhöhle versenkt wurde. Patientin starb.

3) In den 6 gemischten Ovariotomien wurde der Stiel der Eierstockscysten, welche vollkommen entfernt wurden, mittelst Seidenligaturen abgebunden und, nachdem deren Enden kurz abgeschnitten, in die Beckenhöhle versenkt; während auf der anderen Seite nach Entfernung eines mehr oder weniger grossen Stückes des Cystensackes, der Rest desselben in 3 Fällen in die Bauchwunde eingenäht und in ebenso viel Fällen im Clamp oder Drahtecraseur eingeklemmt, im unteren Wundwinkel befestigt wurde; genes. 4, gest. 2.

4) Bei 9 partiellen Ovariotomien wurde in 2 Fällen, nach blutiger Entfernung eines mehr oder weniger grossen Theiles des Cystensackes, der Rest in die Beckenhöhle versenkt, natürlich nach vorhergehender sorgfältiger Unterbindung aller blutenden Gefässe; die Ligaturen wurden kurz abgeschnitten. In 7 Fällen wurde der Cystenrest nach aussen geführt, und zwar bei 2 Kranken in die Bauchwunde eingenäht, beide gestorben; bei einer Pat. wurde der Cystenrest in den Clamp gefasst, — gestorben, und endlich bei den letzten 4 in den Drahtecraseur eingeklemmt, genesen 3, gestorben 1.

XVII. *Naht der Bauchwunde.*

Als Nähmaterial für die Bauchwunde wurden hauptsächlich Metallligaturen benutzt, selten seidene. Die Wunde wurde mit tiefen Nähten geschlossen, zuweilen mit solchen, die das Peritonäum mitfassten, zuweilen mit solchen, die es nicht mitfassten, im letzteren Falle näherten sich einander die Ränder des durchschnittenen Bauchfells. Die oberflächlichen Nähte wurden, wie gewöhnlich, zur Annäherung der Wundränder (namentlich der Haut) angelegt, Koeberle-sche Nähte (sutura clavata) dagegen namentlich in den Fällen, wo in der Nähe des Wundrandes capilläre Blutung aus dem Peritonäum oder aus den Rändern der Wunde vorhanden war. Draht verschiedener Metallsorten wurde zur Vernähung der Wunde gebraucht.

a) Tiefe, das Peritonäum mitfassende Nähte	90 Fälle,	gestorb.	41.
b) Tiefe, das Peritonäum nicht mitfassende Nähte	10	» »	3.
c) Koeberle'sche und tiefe, das Peritonäum mitfassende Nähte . .	28	» »	14.

Anmerkung. In № 48 wurden vor Schluss der Bauchwunde Cysten aus der verdickten und sclerosirten Bauchwand entfernt; dann wegen Hernia umbilical. die Ränder des Nabelringes angefrischt und ausserdem ein Theil der sclerosirten Bauchwand excidirt.

XVIII. *Verband.*

Die Wunde wurde nach der Operation verbunden: mit trockener Charpie 12 Mal, genes. 6, gest. 6; mit Charpie, die mit reinem Wasser getränkt war, 14 Mal, genesen 11, gest. 3; mit Glycerin 7 Mal, gen. 4, gest. 3; mit Mandelöl 2 Mal, beide gestorben; mit Carbolöl resp. Glycerin (ʒj : ℥Vj) 43 Mal, gen. 29, gest. 14; die Wunde wurde mit Collodium bestrichen 3 Mal, gen. 1, gest. 2. — In 7 Fällen wurde unter Lister'schen Cautelen operirt, gen. 4, gest. 3: in 40 Fällen ist das Verbandmaterial leider nicht vermerkt worden.

Die Wunde verheilte per primam intentionem 54 Mal, gen. 43, gest. 11; theils per primam, theils durch Eiterung in 18 Fällen, gen. 11, gest. 7. — Wundeiterung bestand in 27 Fällen, gen. 13, gest. 14. — Bei 5 Genesenen ist über den Wundverlauf nichts angegeben, ebenso bei 24 bald nach der Operation Verstorbenen. Aus dem oben Mitgetheilten ersieht man somit, dass das reine Wasser als Verbandmaterial bessere Resultate gab, als die Carbolsäure. Ausser in 7 Fällen, wo der Lister'sche Verband angelegt, wurde in allen übrigen der Koeberle'sche Collodium-Verband gebraucht.

Die *Nähte wurden entfernt:* zwischen dem 5. und 7. Tage 29 Mal, genes. 26, gest. 3; zwischen dem 8. und 12. Tage 44 Mal, genes. 40, gest. 4; zwischen dem 13. und 17. Tage 3 Mal, genes. 3, gest. 0; die Zeit der Entfernung der Nähte ist bei 2 Genesenen nicht angegeben. — Bei 50 Gestorbenen sind die Nähte nicht entfernt worden. — Die Koeberle-sche Naht wurde am 2., 3., selten am 4. Tage entfernt.

Complicationen an der Wunde: Stichcanaleiterung in 37 Fällen, genes. 35, gest. 2; unter diesen waren 9 Fälle mit Koeberle'schen Nähten und 28 mit tiefen Metallsuturen. № 16 Punction der Bauchdecken durch die verheilte Wunde mittelst dünnem Trokar, um in der Bauchhöhle angesammelte Gase zu entfernen, — ohne Erfolg.

Anmerkung. In einem Fall, № 2, partielle Ovariotomie, wurde während der Operation ein Stück Schwamm aus Versehen in der Bauchhöhle zurückgelassen, von circa Gänseeigrösse; die Kranke starb.

XIX. *Drainageröhren* wurden durch den Douglas'schen Raum und das hintere Scheidengewölbe gelegt, und zwar so, dass das eine Ende im unteren Wundwinkel der Bauchwunde befestigt war und das andere aus der Vagina hervorragte, in 21 Fällen von vollkommenen Ovariotomien, genesen 14, gest. 7, Sterblichkeit 33,3 %; bei den gemischten und partiellen Ovariotomien 4 Mal, genes. 3, gestorb. 1. — Beim Durchleiten der Drainageröhre wurde in einem Fall (№ 88) aller Wahrscheinlichkeit nach der Darm perforirt, die Kranke genas; in einem anderen Fall (№ 111) erwies sich, gleich nach dem Durchführen der Drainageröhre, die Harnblase als verletzt, die Kranke starb am 12. Tage an Peritonitis und allgemeiner Schwäche. Bei der Section konnte, trotz sorgfältigster Untersuchung der Harnblase, der Ort der Perforation nicht nachgewiesen werden. Was die Wirkung der Drainage betrifft, so entleert sich in den ersten 2—3 Tagen aus der Drainageröhre hauptsächlich seröse und serös-blutige Flüssigkeit und auch Gase, die sich in der Becken- und Bauchhöhle angesammelt haben, bis sich um die Röhre ein Canal gebildet hat (s. Dr. Ott, Drai-

2

nage nach Laparotomie [russisch], Medic. Westnik 1879), schliesslich entleert sich Eiter, der von den Rändern der Bauchwunde stammt, hauptsächlich in den Fällen, wo der Operationsstumpf in die Bauchwunde eingenäht wird. Daraus ersehen wir, dass eine rationelle Anwendung der Drainageröhren kein langes Liegenlassen derselben in der Wunde gestattet, ausgenommen in den Fällen, wo die Wunde nicht per primam verheilt ist oder wo in die Bauchwunde der Stumpf eingenäht wurde. Beim Einnähen des Stumpfes ist es unumgänglich nothwendig, dass die Drainageröhre in dessen Nähe befestigt, dass sie aber zugleich nicht comprimirt werde.

Referate.

Julius Friedländer; Ueber die Ligatur der Carotis. (Inaug.-Dissert. Dorpat 1884.)

In der nicht unrichtigen Voraussetzung, dass seit der Veröffentlichung der eingehenden statistischen und casuistischen Arbeit von Pilz über diesen Gegenstand die Verhältnisse andere geworden sind, glaubt Vf. an der Hand des Pilz'schen (600 Fälle) wie des von ihm gesammelten Materials (218 F.) berechtigt zu sein, diese Frage nochmals einer eingehenden kritischen Darstellung zu unterziehen.

In mit grossem Fleiss ausgeführter tabellarischer Anordnung hat Vf. in den ersten 3 Capiteln die von ihm gesammelten 218 Fälle von Ligaturen der Carot. comm. nach den Originalen zusammengestellt; er hat ferner diese 218 Fälle im Zusammenhange mit den ca. 600 Pilz'schen nach 35 Indicationen geordnet und zum Schluss noch 54 Fälle von Ligatur der Carot. ext. oder deren Aesten, nebst 3 Fällen von Ligatur d. Carot. int. hinzugefügt. — Auf Grundlage dieses reichlichen Materials geht Vf. auf manche Fragen, welche von anderen Autoren weniger berücksichtigt worden, eingehender ein. So bemüht sich Vf. unter Anderem am Schluss des ersten Capitels den Nachweis zu liefern, dass es keinen Unterschied in prognostischer Beziehung abgebe, ob man die Carot. comm. der rechten oder die der linken Seite unterbindet. Wenn auch die diesbezüglichen Zahlen in den Tabellen zu Gunsten der linken Seite sprechen, so erklärt Vf. diese Differenz auf die an sich gefährlichere und rechterseits häufiger ausgeführte Ligatur nach Brasdor-Wardrop. Aus den Tabellen zieht Vf. den Schluss, dass seit Pilz einzelne Indicationen fast oder ganz aufgehört haben als solche für die Ligatur der Carot. comm. zu gelten, so die prophylaktische Ligatur vor und bei Operationen im Gebiete der Carot. ext. oder bei Aneurysmen der Carot. comm.; andererseits sind aber auch neue Indicationen, als: die Ligat. der Carot. comm. bei Blutungen und Aneurysmen der A. meningea med., bei Aneurysmen Aort. ascendent. u. a. hinzugekommen. Vf. spricht an dieser Stelle den Wunsch aus, den Werth der Compression und temporären Ligatur der Carotiden behufs Coupirung acuter und Besserung chronischer Entzündungen in ihrem Gebiete zu prüfen, wie dies bereits an andern Körpertheilen geschehen ist.

Die Thatsache, dass unter den von Pilz wie Vf. gesammelten ca. 800 Fällen von Lig. carot. comm., dieselben 405 mal bei Affectionen im Gebiete der Carot. ext. ausgeführt wurden, dass hierbei ferner 50% directe oder indirecte Misserfolge zu verzeichnen waren, bewog Vf. als Hauptaufgabe seiner mühevollen Arbeit die Erörterung der Frage hinzustellen, ob es nicht gerechtfertigt erscheinen dürfte, die näher gelegene Unterbindung der Carot. ext. zu unternehmen. Um die geringere Gefährlichkeit dieser Operation nachzuweisen, fasst Vf. die von verschiedenen Autoren mit geringer Objectivität aufgestellten Gründe gegen die Lig. der Carot. ext. in 10 Gruppen zusammen und widerlegt diese Einwände theils durch Beweise anderer Autoren, theils aber auch direct durch sein Material. Indem er ferner sich bemüht, die Schattenseiten der Lig. der Carot. comm. aufzudecken, beweist Vf. dadurch indirect, dass man der Lig. der Carot. ext. bei Affectionen im Gebiete derselben den Vorzug geben soll. Als Hauptmoment gegen die Lig. der Carot. comm. stellt Vf. die Häufigkeit des Auftretens von Hirnsymptomen, welche nach Lig. der Carot. comm. bei Blutungen aus der Carot. ext. häufiger zu verzeichnen sind als bei Blutungen überhaupt (34,7% gegen 24%). Dagegen wendet sich Vf. gegen den von andern Autoren als Hauptgrund gegen die Lig. der Carot. comm. angeführte häufige Nachblutung; aus seinem Material weist er nach, dass Nachblutungen nach Lig. der Carot. ext. ebenso häufig und zufällig auftreten als nach Lig. der Carot. comm., mit anderen Worten, dass es für den Effect der Blutstillung, nicht aber für das Leben des Pat. gleichgültig sei, ob man die Carot. ext. oder comm. unterbindet. Um die relativ geringere Gefahr der Nachblutungen bei Lig. der Carot. ext. zu beweisen, macht sich Vf. an eine ausführliche systematische Besprechung aller nur denkbar möglichen collateralen Wege und beweist ganz genau aus seinem Material, dass Anastomosen zwischen den Carot. ext. weniger zu fürchten seien.

Im Schlusscapitel bespricht Vf. die Hirnerscheinungen nach Lig. der Carot. comm. und stellt unter Zugrundelegung der Arbeit von Tichomirow über das gegenseitige Verhalten der Arterien des Grosshirns bei Menschen folgende Theorie über das Zustandekommen von Hirnerscheinungen nach Lig. der Carot. auf. Nach Schluss einer Carot. fände neben der Veränderung der hydro-dynamischen Kraft eine Umkehr der Stromesrichtung im Circulus Willisii statt, welche wieder einen Zusammenstoss des circulirenden Blutes bedingt. Die daraus resultirende Hemmung in der Circulation erkläre die gleich nach der Lig. auftretenden Erscheinungen. Kommt es in der Folge zu einem Ausgleich, so schwinden diese Symptome, im entgegengesetzten Falle hinterbleiben Gerinnungen innerhalb des Circul. Will., wodurch dann einzelne Gefässe aus der Circulation ausgeschlossen würden. Aber selbst bei einem Ausgleich des Anpralls könne, da das Blut unter veränderter hydro-dynamischer Kraft fliesst, somit auch die Richtung der Aeste zu Gunsten dieser Kraft zu verändern sich bemüht, nicht die Gefahr einer Anämie gewisser Centralbezirke ausgeschlossen werden. Bei der Circulationsabsperrung des peripheren Bezirks verbreitet sich das Blut, welches nun unter schwächerem Druck im Circul. Will. und den nächst gelegenen, zum Centrum gehenden Aesten fliesst, durch die vielen Anastomosen auf eine grosse Fläche zunächst in der Pia. Da die treibende Kraft geringer ist, so ist hier die Blutvertheilung keine regelmässige; die Gefässe, welche zu viel Blut bekommen, werden dilatirt und comprimiren durch den Druck die anderen Bezirke, so dass der an und für sich schon schwache Blutstrom verhindert wird in sie einzutreten. Dadurch wird das Parenchym undurchgängig und es wird sich, selbst nach schnell erfolgtem Ausgleich, nur ungenügend oder gar nicht die Circulation in diesen, gleichsam incarcerirten Bezirken herstellen. E. B.

Lukjanow: Beitrag zur Frage von den functionellen Störungen des Herzens in Bezug auf seine einzelnen Abtheilungen. (Botkin's Archiv Bd. VIII, 1882—1883.)

Die Physiologen betrachten bekanntlich bis auf die jüngste Zeit das Herz als ein Ganzes, dessen einzelne Hälften, wegen der gemeinsamen Anordnung der Musculatur an beiden Ventrikeln und der gleichfalls gemeinsamen Innervation, sich stets synchron contrahiren müssen. Aus demselben Grunde geben sie ein Ausfallen der Contractionen auf der einen Seite, bei fortdauernder Action der anderen Seite, ebenfalls nicht zu.

Die Kliniker stehen anders zur Frage. Schon längst haben sie die Beobachtung gemacht, dass ausser der gewöhnlichen Arhythmie, wo das Herz in toto seinen Contractionsmodus ändert es noch andere Zustände giebt, wo wir es mit einer unregelmässigen Function oder Sistirung der Function blos *einzelner Herzabschnitte* zu thun haben. Dieselben haben bisher keinen besonderen Namen erhalten und schlägt Verf. vor sie als *functionelle Dissociationen* zu bezeichnen. Sie sind es speciell die ihn in vorliegender Arbeit beschäftigen.

Zunächst giebt Verf. eine Zusammenstellung aller bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle, welche nur irgendwie Hinweise auf ein derartiges Zerfallen des Herzens in seine einzelnen Abschnitte, auf einen derartigen Asynchronismus seiner einzelnen Bestandtheile enthalten. Wir finden hier die Beobachtung Charcelay's über «heterochronisme des contractionsventriculaires», die Leyden's «über ungleichzeitige Contraction beider Herzkammern», die Malbrau c'sche Hemisystolie, Traubes und Riegels Untersuchungen über Pulsus bigeminus und alternaus u. d. m. Leider können wir ihm wegen Raummangels in seiner ausführlichen und zutreffenden kritischen Beleuchtung des zusammengetragenen Materials nicht folgen, sondern wollen nur kurz das erwähnen, was er an einschlägigen Forschungen russischer Autoren anführt.

Es is namentlich Prof. Botkin der hier citirt wird. Derselbe hat schon längst in seinen Vorlesungen derartige functionelle Dissociationen als erklärendes Moment bei gewissen Beobachtungen herbeigezogen, die er z. B. bei der Stenocardie gemacht. Er fand nämlich nicht selten während der Exacerbation der Anfälle transitorische, aber deutlich durch die Percussion nachweisbare, Vergrösserung einer Herzhälfte, meist der linken, und ist er der Ansicht: dass bei dieser Art Herzklopfen der Hemmungsapparat des linken Vorhofs eine wesentliche Rolle spielt, insofern er zunächst eine Schwächung oder Lähmung des linken Atriums und dann eine Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes mit daraus resultirenden Athembeschwerden nach sich zieht. Solche partielle Dilatationen (er nennt sie zum Unterschiede von den persistirenden Dilatationen—Distensiones) sah B. ferner im Beginn der Basedowschen Krankheit, im Verlauf einzelner Fälle von organischen Herzfehlern, wo sie ebenfalls nur von kurzem Bestand sind und daher leicht übersehen werden können. Bei Stenose des linken Ost. venos. hat er bisweilen vorübergehend ein postsystolisches Geräusch constatirt, welches er sich ebenso durch eine ähnliche Dissociation, eine Asynchronie entstanden denkt und zwar derart, dass die Contractionen des Vorhofs und des Ventrikels nicht in der gehörigen Reihenfolge stattfinden, sondern der überfüllte Vorhof seine Contraction fortsetzt, wo der Ventrikel die seinige bereits beendet hat oder aber mit einer zweiten einsetzt, ehe der Ventrikel die seinige anheben kann; also event. 2 Vorhofscontractionen auf 1 Ventrikelcontraction. Dieses Geräusch schwindet mit Schwund der intercurrenten Compensationsstörung. Endlich finden wir die Beobachtung notirt, dass bei linksseitigen Erkrankungen des Herzens P. bigemimus und p. alternaus häufiger vorkommen,

als rechtsseitiger, wo vielmehr eine vollständige Regellosigkeit des Pulses die Regel ist.

Alle diese Thatsachen weisen nach Botkin darauf hin, dass nicht blos die Vorhöfe und Ventrikel, sondern auch die Ventrikel unter einander in verschiedener Weise innervirt werden, dass man also nicht blos Dissociationen in querer, sondern auch in Längsrichtung zugeben muss.

Nach dieser Excursion geht Verf. zu einer ebenso eingehenden Schilderung des von seinen Vorgängern auf experimentellem Wege Geleisteten über. Auch diesen Theil übergehen wir, müssen jedoch anführen dass die letzte Arbeit auf diesem Gebiete, welche manches mit der Lukjanow'schen Gemeinsames hat von Cohnheim und Schultheis-Rechberg einen Monat nach dem Erscheinen der ersten vorläufigen Mittheilung der vorliegenden Untersuchung im Jahre 1881 veröffentlicht wurde.

Was den eigentlichen experimentellen Theil betrifft, so zerfällt derselbe in 9 Versuchsreihen die an 160 Thieren (Hunden, Katzen, Kaninchen) angestellt wurden. Das Herz wurde immer derart freigelegt, dass es auch mit blossem Auge beobachtet werden konnte, weil es nur auf diese Weise gelang die eventuell eintretenden Veränderungen der einzelnen Theile, die sonst nicht gut nachweisbar sind, direct zu constatiren. Als die geeignetste Methode zur Erzielung partieller Functionsstörungen des Herzens wurde die Zuklemmung und nicht die Unterbindung der Art. coron. dext. oder sin. gewählt.

Die I. Versuchreihe an nicht vergifteten und sonst intacten Thieren (ohne Nervendurchschneidung etc.) ergiebt, nach einseitiger Zuklemmung der Coronararterien, folgendes:

I. Eine Periode der Verlangsamung des Herzrhythmus, einfache Arhythmie.

II. Eine Periode der functionellen Dissociationen:

a) Der eine Ventrikel pulsirt langsamer wie der andere.

b) Die Vorhöfe dissociiren sich von den Ventrikeln, sie schlagen doppelt so rasch wie der betreffende Ventrikel.

c) Die Ventrikel dissociiren sich unter einander, nicht blos in Bezug auf die Schlagzahl, sondern auch zeitlich. Während der eine sich contrahirt, füllt sich der andere etc.

III. Periode der unregelmässigen Peristaltik. Die peristaltischen Bewegungen fangen nicht zu gleicher Zeit in beiden Ventrikeln an.

IV. Periode des Stillstandes. Die Vorhöfe schlagen länger fort wie die Ventrikel.

Die II. Versuchsreihe, an curaresirten und atropinisirten Thieren, sowie an solchen mit Durchschneidung der Vagi oder Sympathici, zeigt, dass trotzdem die I. Phase, die der Herzverlangsamung, eintritt, dass also die Ursache hierfür nicht im ausserhalb des Herzens gelegenen Nervenapparat, sondern im Herzen selber zu suchen ist. Hierauf tritt eine frühzeitige Erweiterung einer Partie des zur betreff. Coronararterie gehörigen Herzabschnittes ein. Diese ist nicht mit der, in späteren Stadien eintretenden, passiven Erweiterung zu verwechseln, welche dadurch zu Stande kommt, dass der eine Ventrikel seine Thätigkeit bereits eingestellt hat, während der andere fortpumpt, sondern scheint mehr nervöser Natur zu sein. Alles das ist deutlicher und der Versuch zieht sich länger hin wenn die rechte als wenn die linke Coronararterie zugeklemmt war, und zwar liegt der Grund hierfür in der anatomischen Anordnung der betreffenden Gefässe. Die übrigen Phasen kommen ebenso zur Erscheinung wie in der I. Reihe. Auch hier zunächst Dissociation in querer und dann erst in der Längsrichtung.

In der III. Versuchsreihe mit dem «Froschschenkelpräparat» wird aus dem Schwinden der «secundären Tetanie» auf der afficirten Herzhälfte der Schluss gezogen, dass die Energie und Art der Contractionen der betreff. Herzhälfte schon frühzeitig sich verändert, das elektromotorische Verhalten also ein anderes wird, ehe noch die übrigen Folgen der Compression sich bemerkbar machen können. Diese selben Versuche ergeben ferner, entgegen der Cohnheim'schen Anschauung, dass ein Herz, welches bereits sich in der Periode der Peristaltik, der fibrillären Zuckungen, befindet nicht definitiv zu sterben braucht, sondern sich noch erholen kann.

Die IV. Reihe, manometrische Untersuchungen, ist insofern interessant, als sie zeigt, dass anfänglich eine Blutdrucksteigerung besteht, dass also das Verschwinden der secundären Tetanie, das sich Verbrauchen einzelner Theile, der Asynchronismus in dieser frühen Periode nicht auf Herzschwäche sondern auf andere, wohl nervöse Vorgänge zurückzuführen ist.

Die übrigen Versuchsreihen (Einwirkung allgemeiner Asphyxie auf die Herzcontraction, Veränderung des Contractionsmodus bei künstlicher Stenose des link. Ost. venosum etc.) haben den Zweck darzuthun, dass die Dissociation der einzelnen Herzabschnitte, namentlich der Ventrikel, eine dem Coronararterienverschluss eigenthümliche Erscheinung ist, die unter anderen Bedingungen nicht oder äusserst selten beobachtet wird. Indem wir auf eine Wiedergabe der interessanten Einzelheiten verzichten, wollen wir nur noch erwähnen, dass in Bezug auf die Erklärung der specifischen Wirkung des Coronarart.-Verschlusses aufs Herz Verf. sich weder ganz der Cohnheim'schen Theorie (Bildung eines Herzgiftes in den mangelhaft ernährten Partien, das ähnlich den Kalisalzen wirkt) noch der Bezold'schen (Veränderung in den Nerven) anschliesst, sondern dass er das Bild allgemein auf Verarmung des Herzens an O und CO_2 Reichthum zurückführt, welche Umstände nicht blos auf die Nerven, sondern auch auf die Muskelsubstanz einwirken.

Zum Schluss geben wir das im 3. Theil enthaltene Resumé in kurzen Worten wieder.

Das Herz als Ganzes kann in 2-facher Beziehung gestört sein:

1) In Bezug auf den Rhythmus und den Zusammenhang mit den anderen Abschnitten (rhythmische Dissociationen).

2) In Bezug auf Art und Weise der Contractionen selber, namentlich was Energie und typischen Character derselben betrifft (dynamische Dissociationen).

Beide Arten von Dissociationen können gleichzeichtig zu Stande kommen; jedoch nur die rhythmischen machen sich auscultatorisch und percutorisch bemerkbar, während die anderen sich allenfalls blos percutorisch äussern. Der Grund für das Auftreten beider Arten von Dissociationen liegt in einer ungleichmässigen Ernährung des Herzmuskels. Am stärksten ausgesprochen waren die Dissociationen bei Compression der Art. coron. Kamen sie unter anderen Bedingungen zu Stande, so geschah es wiederum nur durch Vermittelung der Coronararterien. Sonst waren sie höchst unbeständig. Am häufigsten sind Dissociationen in querer Richtung und zwar meist derart dass die Vorhöfe sich 2, 3, 4 Mal häufiger contrahiren wie die Ventrikel.

Häufig und leicht kommt eine rhythmische Dissoc. der Vorhöfe unter einander vor. Sie contrahiren sich alsdann asynchron. Ein Theil der Vorgänge in den Halsvenen muss auf diesen Asynchronismus der Vorhöfe nicht aber auf den der Ventrikel zurückgeführt werden.

Letzterer ist viel seltener, kommt jedoch unzweifelhaft vor. Die Möglichkeit eines Asynchronismus der Ventrikel muss auch für den Menschen zugegeben werden. Bei Thieren wurde er namentlich bei Asphyxie beobachtet. Bei Menschen mag er auch unter anderen Bedingungen vorkommen.

Ausser diesem wahren Asynchronismus giebt es noch einen scheinbaren, der darin besteht, dass sich die ischämischen, in ihrer Energie und Elasticität herabgesetzten Stellen während der Contractionen der normal gebliebenen Partien vorwölben. Hieraus lassen sich wohl gewisse Fälle von Bigeminie erklären.

Die dynamischen Dissociationen (bei Asphyxie, bei Compression der Aorta oder Pulmonalis beobachtet) bestehen darin, dass die Energie gewisser Herzabschnitte gelähmt wird.

Zum Schluss meint Verf. dass auch gewisse klinische Thatsachen zu Gunsten solcher Dissociationen sprechen und dass manche Krankheitsformen auf eine Angioneurose der Coronararterien zurückzuführen sind. —s.

C. von Noorden: Paraldehyd als Schlafmittel. Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Riegel in Giessen. (Centralblatt f. kl. Med. № 12. 1884.)

Auf Grund der Empfehlung Cervello's, der an Thierversuchen die schlafbringende Wirkung des Paraldehyd geprüft, sind von mehreren Seiten Versuchsreihen (namentlich auch an Irrenanstalten) veröffentlicht worden, welche über die günstige therapeutische Verwendbarkeit des Mittels berichten. Im Laufe der letzen Monate sind auf der med. Klinik Prof. Riegel's in Giessen Versuche mit dem Paraldehyd gemacht worden. Die dargereichten Gaben schwankten zwischen 3,0 und 6,0 g. als äusserste Grenzen. Von einer Mischung Paraldehyd, Tinct. Cort. Aurant. āā wurden 6—12 g. in einem halben Weinglas Zuckerwasser gegeben. Durchschnittlich genügten 9 g. der Mischung (4½ g. Paraldehyd), welche des Abends um 8 Uhr gegeben, meist nach ca. ½ Stunde Schlaf brachten, welcher 5—6 Stunden ruhig und fest verlief. Aufgeweckt in der Nacht, schliefen die Patienten doch bald wieder ein. Nach dem Schlaf fühlten sie sich erquickt und hatten keinerlei üble Nachwirkungen, nur manchmal einige Zeit noch andauernden Paraldehyd-Geschmack und Geruch, doch in nicht belästigendem Grade. Indicationen waren: Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Rückenmarks- und andere Nervenkrankheiten, Herzkrankheiten (Myocarditis und Klappenfehler), spätere Stadien der Pneumonie, icterisches Hautjucken, chron. Gelenkrheumatismus, Schlaflosigkeit aus unbekannten Gründen, Schmerzen verschiedener Art (Rheumatismus, Neuralgien etc.)

Contraindicationen: Magenleiden schwerer Art und weit vorgeschrittene Phthisis mit Betheiligung des Kehlkopfs, denn es wurden mehrfach beobachtet Hustenanfälle, Uebelkeit, Erbrechen.

Die Wirkung des P. auf Athmung und Kreislauf sowohl bei Erkrankung der betheiligten Organe, als auch im gesunden Zustande, wurde sorgfältig beobachtet, und weder wurde die erstere irgend wie beeinflusst, noch wurde in Betreff der zweiten eine merkliche Abnahme der Spannung der Arterien gefunden.

Noorden weist darauf hin, dass nach Chloralhydrat erhebliche Druckherabsetzung im Gefässsystem beobachtet worden und diese Gefahr bei P. nicht zu befürchten ist.

Es verdient der Paraldehyd unter der kleinen Zahl wirklich brauchbarer, schlaf machender Mittel einen hervorragenden Platz, und können für seine therapeutische Verwendung mit wenigen Ausnahmen dieselben Indicationen wie für die innerliche Darreichung des Morphiums gelten.

Paraldehyd bei Merck in Darmstadt kostet en gros 20 M. pro Kg. also 2 Pf. pro g. L—s.

A. Ebermann: Krebs der Blase. (Protokolle der Pirogow'schen chir. Gesellsch. für 1882/83, russ.)

O. J., 38 Jahre alt, Vater von 4 Kindern, abgemagert, Gesicht bleich, kachektisch. Vor 9 Jahren bemerkte Pat. zum ersten Mal Blut im Harn, später öfter. Vor 6 Monaten Harnbeschwerden, zuweilen wurden nach vielem Drängen Concremente von phosphorsaur. Kalk entleert. Harn trübe, Niederschlag enthält Tripelphosphate, Eiterkörperchen mit Blutbeimischungen. Vor einem Jahr Schwellung der linken untern Extremität. Unter dem Lig. poupartii kann man eine Geschwulst fühlen, welche in eine 3 Fingerbreit über der Symphysis pub. palpirbare harte, rundliche Geschwulst übergeht. Per rectum untersucht, fühlt man in der Höhe der Prostata eine leicht höckerige, harte Geschwulst mehr zur Mitte hin und nach links liegen. Combinirt untersucht, erweist es sich, dass die Prostata von der Geschwulst nicht zu trennen ist. Beim Einführen eines metallischen Katheters findet man einen Widerstand beim Eintritt in die Blase, ein elastischer Katheter dagegen gelangt unbehindert in dieselbe. Die leichteste Sondirung ruft Blutung hervor.

Den 15. Nov. starb Pat. Obduction erwies, dass die ganze vordere Wand der Blase, angefangen ab ostio int. urethrae ad verticem vesicae, von der Krebsgeschwulst eingenommen war. Die Geschwulst war mit 1—2 Ctm. langen Häärchen bedeckt, zwischen denen hin und wieder phosphors. Incrustationen eingebettet lagen. Die Prostata nur durch ihre Kapsel von der Geschwulst getrennt, selbst nicht krebsig degenerirt. Es lag somit ein Cancer villosus vor.

Anschliessend an diesen Fall, giebt E. einige Anhaltspuncte, welche für die Differentialdiagnose zwischen Krebs der Blase und Krebs der Prostata von Nutzen sein können.

Krebs der Prostata.	Krebs der Blase.
1. Dysurie schon früh, entwickelt sich früher als bei der Altershypertrophie.	1. Dysurie kann lange fehlen und tritt erst in sehr späten Stadien der Krankheit auf, wenn d. Geschwulst sich in die Blase vorwölbt, namentlich in der Nähe der Blasenmündung.
2. Schmerz b. Uriniren (auch Harnverhaltung kommt vor), verbunden mit Tensmus, tritt früh auf.	2. Der Harn fliesst frei ab, kein Tenesmus, mit Ausnahme der Fälle, wo Concremente oder Geschwulsttheile die Harnröhre passiren. Ueberhaupt treten Beschwerden beim Harnlassen spät auf, bei sehr grosser krebsiger Entwickelung.
3. Das Einführen von Instrumenten bietet grosse Schwierigkeit in der Pars prostatica. Einmal in die Blase gelangt, gleitet die Spitze des metallenen Katheters bei Bewegungen nach allen Richtungen längs glatten Wänden der Blase. (Ausnahme vessio à colonne bei Blasenwand-Hypertrophie.)	3. Widerstand beim Einführen des metallenen Instrumentes findet statt erst beim Eintritt in die Blase, nachdem die Pars prostatica unbehindert passirt ist. Der Grund liegt in der Vorwölbung der hinteren Wand der Blase durch die Geschwulst.

L—s.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zur Impffrage. Resultate der Vaccination und Revaccination, vom Beginn der Impfung bis heute, nach den Quellen bearbeitet von Prof. A. Wernher. Mainz. Verlag von Victor v. Zabern. 1883. 312 Seiten.

Impfen heisst Irren. Für jeden gebildeten verständlich nachgewiesen aus der chemischen Natur unserer Leibessubstanz sowie der Infectionsstoffe. Mit Nutzanwendung für Diphtherie, Cholera und Blattern. Von Julius Hensel, medicinischem Chemiker. Zürich, Selbstverlag des Verfassers. 1884. 122 Seiten.

Zufälliger Weise erhielten wir gleichzeitig die beiden vorliegenden Arbeiten, von denen die eine für, die andere gegen das Impfen plaidirt. Wir können es uns nicht versagen sie einer vergleichenden Kritik zu unterwerfen, da sich ja auch in unserer Stadt noch Collegen befinden, die zur Fahne der Impfgegner schwören.

Obgleich bereits viel in der Impffrage geschrieben, so existirte bisher keine Arbeit, die in so gründlicher Weise dieses Thema behandelt und dem denkenden Leser jeden Zweifel benehmen muss, wie das Wernher'sche Werk. Der leider im vergangenen Jahre verstorbene Prof. W. hat eine Reihe von Jahren an seinem Werke gearbeitet und ganz bedeutendes Material zusammengetragen, namentlich bezüglich der Vaccination in Deutschland. Seine Arbeit zeichnet sich durch wissenschaftliche Gründlichkeit und Ruhe aus. Eine Reihe von Tabellen zeigt uns klar die Verhältnisse vor und nach Einführung der Vaccination und Revaccination. Vor dem Anfange des gegenwärtigen Jahrhunderts bebingte die Variola nächst den Lungenkrankheiten die grösste Sterblichkeit, c. 10% der Todesfälle kamen auf Pocken, während der Epidemien sogar bis zu 50%. Gegenwärtig ist die Mortalität an Pocken in Deutschland eine äusserst geringe. Besonders lehrreich sind die in der deutschen Armee gemachten Erfahrungen, dieselbe hat seit 2 Jahren keine an Pocken Verstorbenen mehr zu verzeichnen. 1870/71 verlor die c. 1 Million starke deutsche Armee 316 Mann an Pocken, während allein die Theile der Bourbaki'schen Armee, welche in die Schweiz geflüchtet, 784 Pockenkranke hatten.

Wir können das Wernher'sche Buch jedem Collegen warm empfehlen, der noch einige Zweifel über das Impfen hegt.

Haben wir es nun bei dem W'schen Buche mit einer wissenschaftlichen Arbeit zu thun, so tritt bei der neuesten Frucht der Impfgegnerischen Literatur das Laienhafte um so prägnanter hervor. Wir unterziehen das Machwerk des medicinischen Chemikers nur deshalb einer Besprechung, um zu zeigen, mit welchen Waffen die Impfgegner kämpfen und welche Sorte von Leuten zu ihnen gehört.

H. widmet sein Buch allen denkenden Menschen, weil die physiologische Chemie heute lehrt, dass wir im Sauerstoff und im Eisenoxyduloxyd die wirksamsten und naturgemässesten Gegenmittel für alle Arten von Infectionsstoffen besitzen und hierdurch das Schutzimpfungs-System zu einem Anachronismus geworden. Mit den wissenschaftlichen Autoritäten wird unser «Chemiker» leicht fertig. Die Pathologen sind «arme Sünder», Koch ein «unschädlicher chemischer Dilettant», Pasteur «ein sonderbarer Acteur auf chemischem Gebiete». «Die Freunde der Impfung berufen sich auf *einen gewissen Jenner*» etc. Was ist nun Hensel? Auch das erfahren wir. Pag. 5 sagt er «man wird vielleicht geneigt sein, an meinem Verstande zu zweifeln, wenn ich den Satz aufstelle, der Lehmboden werde auf die Weise erzeugt, dass der Felsen mit dem Regenwasser sich zu *Lehm* und *Sauerampfer* zerspalte». Allerdings erinnert dieser Satz an die bekannte Darstellung des «Brom» aus «Brombeeren». Pag. 77 erzählt übrigens H. selbst, dass er nach Genuss des Graham'schen Kleienbrodes «ganz dumm» geworden sei.

Im Uebrigen ist die Schrift sehr mannigfaltig. H. verräth uns, dass er in einem in Vorbereitung befindlichen Werk «Natürliche Lebens-Chemie» ganz neue chemische Theorien entwickeln wird, ferner spricht er über Krankheitsursachen, unter denen Mangel an atmosphärischer Elektricität der Hauptgrund für Epidemien. Nebenbei glaubt er an Entstehung der Pflanzen durch Urzeugung. Wie Aloe, Cactus, Rhabarber etc. entstehen, ist im Original nachzulesen. Zum Schluss müssen wir noch anführen, dass H. auch verräth, dass er seine Heilmethode in praxi angewendet, also so ein Bischen «Kurpfuschert». Ausserdem enthält das Buch auch eine unverfrorene Reclame für einige Apotheker und eine Fabrik, wo H.'s Medicamente hergestellt worden. Ob das nicht auch der Zweck des Ganzen sein sollte? Denn vom Impfen ist im ganzen Buche am *Wenigsten* die Rede. Nur auf die Pockensterblichkeit während des *Krieges* 1870/71 kommt Verf. und erklärt, die Deutschen erkrankten weniger, weil sie besser genährt wurden und die Siege ihre «Seele» stärkte.

Zum Schluss können wir noch verrathen, dass Verf. pag. 90 von seiner «pharmaceutischen Praxis in New-York» spricht. (Ernsthafter Unsinn, oder Satyre? das ist die Frage! Red.) P.

Anleitung zum antiseptischen Verfahren und Wundbehandlung nach der in der Klinik des Prof. N. W. Sklifassowski angewandten Methode. Für Aerzte und Studenten zusammengestellt von Th. B. Heydenreich. St. Petersburg. K. L. Ricker. 1884.

Ein kleines Büchlein, das seinem Zweck entspricht. Der Student und Arzt, der mit dem antiseptischen Verfahren unbekannt ist, kann sich ein Bild davon machen, ja danach auch arbeiten. Ref. möchte nur darauf hinweisen, was in einer nächsten Auflage leicht abzuändern wäre, dass es wünschenswerth sei, wenn einzelne Angaben nicht so kurz und aphoristisch, gleichsam hastig niedergeschrieben wären. Eine breitere Behandlung könnte dem mit der antiseptischen Behandlung unbekannten Leser, für den das Büchlein ja doch bestimmt ist, nur erwünscht sein, und würde er dafür lieber auf manche Zeichnungen (von Nadelhaltern, Sicherheitsnadeln u. d. Aehnl.) Verzicht leisten. N.

Auszug aus den Protokollen praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. December 1882.

Dr. Berg berichtet über die diesjährigen Krankenbewegungen im Badeort Kemmern. 36,000 Schwefel-und 300 Moorbäder wurden an 1347 Patienten (120 mehr als im Vorjahr) verabfolgt. In Behandlung waren 735 Fälle von Rheumatismus, 298 von Syphilis, 48 Scrophulosis, 18 von Hemiplegie, 15 von Tabes dors., verschiedene Hautkrankheiten etc. Wichtige Neuerungen sind die Anstellung von Frotteuren und eines Heilgymnasten. Auf verschiedene Anfragen berichtet Dr. Berg, dass von Eczemen namentlich die trocknen Formen, das Eczema rubr. und universale von den Schwefelbädern günstig beeinflusst würden; dass er bei Lähmungen nach Apoplexien keine positiven Erfolge beobachtet habe; dass von Tabes nur specifische luetiche Formen gebessert worden seien. Dr. Holst bemerkt hierzu, es sei unendlich schwierig, specifische und nicht specifische Fälle von einander zu unterscheiden. Initiale Tabesformen (häufig unter der Diagnose Rheumatismus nach Kemmern dirigirt) verschlimmern sich dort häufig.

Dr. Hampeln verliest seinen Vortrag über septische Krankheiten. Pyämie und Septicaemie sind nach der Auffassung des Vortragenden septische Krankheiten, hervorgerufen durch Invasion von Mikroparasiten und durch das von jenen producirte Gift. Der Nachweis einer Infection kann fehlen, doch klinisch die Krankheit als septisch erkannt werden. Vortragender referirt über drei solche im allgem. Krankenhause von ihm beobachtete Fälle:

I. Ein 17-jähriger Schlosserlehrling, am 8. Krankheitstage aufgenommen; Temp. hoch, Delirien. Bewusstlocigkeit, Anaemie, kleiner beschleunigter Puls, träg reagirende Pupillen; eine kleine Hautabschürfung an einem Fuss, decubitusähnliche Hautläsion am rechten Trochanter. Tod am Tage nach der Aufnahme, Die Section ergab zahlreiche embolische Infarcte in Leber, Milz, Nieren und Darm (letztere von Professor Recklinghausen untersucht und auf Pilzembolie zurückgeführt). Endocarditis ulcerosa nicht nachgewiesen. Infection möglicher Weise durch die Hautabschürfung am Fuss.

II) Ein 48-jähriger Arbeiter, seit 8 Tagen krank: Hitzegefühl und Kopfschmerzen, am Tage vor der Aufnahme Schüttelfrost. Bei der Aufnahme ist Patient leicht benommen, hat ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, seine Leber ist vergrössert und empfindlich auf Druck, das Abdomen aufgetrieben. Puls 80, Temp. normal. Etwas Albumin im Harn. — An den beiden folgenden Tagen Schüttelfröste mit nachfolgender Temperatursteigerung. Es tritt auch Haemoglobin im Harn auf. An den Unterschenkeln treten Hauthaemorrhagien auf (Patient hatte sich dort trockene Schröpfköpfe appliciren lassen), welche die merkwürdige Form concentrisch um ein hämorrhagisches Centrum gelagerter Ringe zeigen. Tod am sechsten Tage nach der Aufnahme. Die Section weist eine Endocarditis ulcer. ventric. sinistr. nach.

III) Ein 17-jähriger Buchbinderlehrling ist vor 14 Tagen an Schwellung des rechten Daumens aus unbekannter Ursache erkrankt. Stat. präs: ängstliche Delirien, Dyspnoe, leichtes Fieber; an der Volarfläche des rechten Daumens eine blauschwarze, fluctuirende Geschwulst, aus welcher sich nach Incision blutiger Eiter entleert; der rechte Arm geschwollen, Bewegungen im Schultergelenk schmerzhaft, ebenso in beiden Kniegelenken. Ueber der linken Scapula 5 erbsengrosse hämorrhagische Epidermisblasen. Herzdämpfung nach links verbreitert, pericardiales Reiben, über der Herzspitze weiches systol. Geräusch. Harn albuminhaltig, zeigt, frisch untersucht, zahlreiche Mikrokokken, Bacterien und aus Pilzen zusammengesetzte Cylinder. — Tod am 2. Tage nach der Aufnahme. Sectionsbefund: beiderseits circumscripte fibrinöse Pleuritis, zahlreiche pleurale Ecchymosen, erbsengrosse hämorrhag. Infarcte in beiden Lungen; fibrinös-eitrige Pericarditis, intactes Endocardium, einzelne hämorrhagische Infarcte im Myocardium. Leber und Milz zeigen parenchymatöse Schwellung; in den Nieren zahlreiche kleine Infarcte.

Dr. Hehn hat die von Dr. Hampeln gezeichneten Krankheitsbilder mehrfach beobachtet; es sei interessant, wie klein oft die äussere Verletzung ist, der eine so schwere Infection nachfolgt.

Dr. Worms hält es für fraglich, ob Mikroorganismen und deren Producte Ursache der Septicämie seien; es sei mindestens ebenso wahrscheinlich, dass ein chemischer Körper die Krankheitsursache abgebe, und dass gleichzeitig mit dessen Entwickelung als secundäre Erscheinung eine Entwickelung von Mikroorganismen stattfinde.

Dr. Hampeln: er könne sich die Reproduction des Giftes nur durch Annahme von organischen Krankheitsträgern erklären, deren Product möglicherweise erst das septische Gift ist.

Dr. Rulle erklärt sich die günstige Wirkung des Secale cornutum bei beginnender puerperaler Septicämie und Pyämie dadurch, dass der sich stärker contrahirende Uterus das in seinem Cavum enthaltene Gift weniger gut aufnehme.

Dr. Carblom und Dr. Worms betonen die schätzenswerthe Eigenschaft des Sec. cornut. als Prophylakticum im Wochenbett. Nach Anschauung des letzteren braucht jedoch die Wirkung des Mittels nicht auf einer Localwirkung auf den Uterus zu beruhen, da Secale überhaupt auf das gesammte Gefässsystem wirke.

Sitzung am 12. Januar 1883.

Dr. Stavenhagen stellt einen Patienten vor, dessen ringförmige Gangrän beider Augenlider unter Jodoformbehandlung vorzüglich geheilt ist.

Dr. Lenz berichtet über drei von ihm im allgem. Krankenhause beobachtete Krankheitsfälle.

I. Ruptur des Uterus. Bei einer 38-jährigen VI-para traten fünf Stunden nach dem Blasensprung Krampfwehen auf. II Schädellage. Die versuchte Zangenapplication misslingt; Ref. ordinirte Opium in grossen Dosen und übte mehrmals einen sanften Druck von oben nach unten auf den Fundus uteri aus, um den unteren Theil des Uterus, wo er eine Ruptur befürchtete, zu entspannen. 2 Stunden später plötzlicher Collaps, Aufhören der Wehenthätigkeit, keine Blutung, kleine Theile dicht unter den Bauchdecken zu fühlen, Uterus als kindskopfgrosser Tumor etwas nach links abgewichen. Die Zangenextraction gelingt jetzt, die Placenta muss mit der Hand durch einen Längsriss des Cervicaltheils aus der Bauchhöhle entfernt werden. Drainage der Bauchhöhle, Ausspülung mit Salicylwasser. Tod nach 24 Stunden. — Die Section ergiebt: Längsriss der Cervix bis über das hintere Scheidengewölbe, keine Peritonitis. Beckenmasse wurden nicht genommen.

Dr. Rulle und Dr. Schwarz sind der Ansicht, dass der ausgeübte Druck auf den Fundus nur den intrauterinen Druck steigern konnte.

Dr. Hübner und Dr. Gaehtgens sind der Meinung, dass ein geringer Grad von Beckenenge vorgelegen haben müsse, der bei der mit jeder Geburt zunehmenden Grösse des kindlichen Kopfes der Mutter verhängnissvoll wurde — welcher Anschauung Dr. Lenz sich ausschliesst.

II. Bei einer 38-jährigen Lettin operirte Vortragender eine an der Hinterwand der Scheide befindliche Vaginalcyste von der Grösse eines Gänseeis nach der Schröderschen Methode (Abtragung der Cyste und Vernähung ihres Bodens ringsum mit der Scheide). Da der Cystenboden sich als sehr dünn erwies, konnte die Befürchtung, es werde sich nachträglich eine Rectocle bilden, nicht abgewiesen werden.

III. In einem Falle von Parametritis sah Vortragender Weiterkriechen der Phlegmone den beiden runden Mutterbändern entlang in die grossen Labien. Incision, Entleerung grosser Eitermengen, Drainage, Heilung.

Dr. Voss referirt über eine von ihm ausgeführte Unterbindung der Art. mammaria interna nach Stichverletzung mit glücklichem Ausgang.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 17. Januar 1884.

Dr. Moritz (den Präsidenten vertretend) fordert zur Fortsetzung der *Discussion über die Wundbehandlung* auf.

Dr. Schmitz proponirt die *Chloroformfrage* zu discutiren und fragt, ob in verschiedenen Hospitälern das Chloroform durch andere Mittel ersetzt werde. — Im Kinderhospitale des Prinzen von Oldenburg wird gegenwärtig ein doppelt rectificirtes Chloroform gebraucht, und selbst bei grossen, 1—1½ Stunden dauernden Operationen kommen keinerlei unangenehme Nebenwirkungen vor.

Dr. Wulff erwähnt, dass in der männlichen Abtheilung des Obuchowhospitals nur das gewöhnliche käufliche Chloroform in Gebrauch sei. Die einzige Modification bestehe in der Narkose vorhergeschickten subcutanen Morphiuminjectionen, namentlich bei Potatoren, die ja bekanntlich bedeutende Resistenz gegen Chloroform zeigen. In einem Falle von Unterschenkelbruch musste man zwei Stunden chloroformiren, bis es gelang, den Pat. so weit zu narkotisiren, dass ein Gypsverband angelegt werden konnte.

Starker Collaps nach Chloroform ist im Obuchowhospital im Allgemeinen nicht beobachtet worden. Wohl sind einige Fälle von Tod bald nach der Narkose vorgekommen, ob aber das Chloroform dabei zu beschuldigen, wäre fraglich.

Bezüglich der Wundbehandlung in der männlichen Abtheilung des Obuchowhospitals sei es schwer ein allgemeines Urtheil abzugeben. Die chirurgische Abtheilung ist unter einer grösseren Zahl von Aerzten vertheilt, von denen Jeder seine Modificationen anwende, daher sei keine einheitliche Behandlung durchführbar. Keine der verschiedenen Modificationen giebt entzückende Resultate; dieses liegt jedoch an den Hospitalräumen. Die Abtheilungen sind ja eigentlich alle nur Corridore, durch die alle Bedürfnisse der Oeconomie tagtäglich wandern, weder ein isolirbarer Operationsraum, noch ein Raum für den Verbandwechsel sind vorhanden. Während des letzteren sind die Wunden einer Reihe von inficirenden Einflüssen ausgesetzt. Den Verhältnissen entsprechend, sind auch die Resultate der Wundbehandlung gemischte. Im Allgemeinen ist die Jodoformbehandlung acceptirt, doch wendet ein College stets Naphtalin an, ohne dass seine Resultate schlechter wären als bei den anderen Collegen. Jedenfalls sind die Resultate gegen früher bedeutend besser. Spray ist noch in Gebrauch.

Dr. Hirsch erwähnt eines Falles von ausserordentlicher Resistenz gegen Chloroform. Ein sehr schwächlicher Mann konnte selbst durch 1½ Unzen Chloroform nicht narkotisirt werden. Gleichzeitig war er immun gegen Seekrankheit. Ferner hebt H. hervor, dass der Gemüthszustand von Einfluss ist beim Zustandekommen der Narkose.

Dr. Petersen erinnert sich eines Falles, den er in Dorpat auf Prof. Bergmann's Klinik gesehen, wo einem kräftigen ca. 25-jährigen Manne eine Hydrocele operirt wurde. Trotz Verbrauch grösserer Mengen von Chloroform schlief Pat. nicht ein, jedoch trat bei erhaltenem Bewusstsein vollkommene Anästhesie ein, so dass er während der Operation nichts fühlte.

Dr. Moritz theilt bezüglich der Anfrage, ob man bei positiv Herzkranken Chloroform brauchen könne, einen Fall aus seiner Praxis mit. Es handelte sich um einen Mann mit Insufficienz der Mitralis, bei dem bereits vor 2 Jahren eine Embolie einer Hirnarterie vorgekommen und der im letzten Herbst embolische Gangrän eines Unterschenkels bekam. Die Amputation desselben wurde unter vorsichtig geübter Chloroformnarkose gemacht und letztere ging ganz gut von Statten.

Dr. Schmitz hat ebenfalls wegen Gangrän des Unterschenkels bei einer Herzkranken amputirt, wobei in einer Stunde nur ℨj Chloroform verbraucht wurde. Die Narkose war selten ruhig und milde.

Pat. behauptete Alles gefühlt zu haben, aber ohne Schmerzen zu empfinden.

Dr. Dombrowski beobachtete in Dorpat 2 Stunden nach einer Hydrocelenoperation unter Chloroform mit guter Narkose einen heftigen Collaps. Erst nach Einleitung künstlicher Respiration, Anwendung von Campher und Elektricität erholte Pat. sich. Als Ursache erwies sich eine gleichzeitig bestehende Pleuritis.

Dr. Wulff bemerkt dazu, dass eine Zeit lang Pneumonien, die ja selten ohne Pleuraaffection verlaufen, mit Chloroform behandelt wurden.

Dr. Hirsch: Gewisse Herzfehler gestatten die Chloroformanwendung eher, als durchgemachte Krankheiten, wie z. B. Recurrens. H. verlor vor Jahren einen Patienten, der behufs Excision einer kleinen Cystengeschwulst 2 Wochen nach einem Recurrensanfall chloroformirt werden sollte. Pat. hatte kaum 1 ℨ Chloroform erhalten, als er plötzlich, bevor er noch die Besinnung verloren, zusammenfiel und starb.

Dr. Moritz hegt gegen den eben mitgetheilten Fall Bedenken. Aehnliche Fälle kommen auch ohne Chloroform vor. Als er vor einigen Jahren ein kleines Krebsrecidiv der Mamma ohne Narkose excidiren wollte, collabirte Patientin beim ersten Schnitt und starb plötzlich.

Dr. Petersen erinnert an den im vergangenen Jahr von Janowitsch-Tschainski publicirten Fall, der ebenfalls durch psychische Einflüsse erklärt wird.

Dr. Hintze erwähnt, dass ein ähnlicher Fall 1841 von Dr. Arndt im Deutschen ärztlichen Verein mitgetheilt worden. Ein gleicher Fall ist, wie Dr. Anders mittheilt, auch Pirogow vorgekommen.

Bezüglich des *Bromaethyls* erwähnt Dr. Moritz, dass er es mit Erfolg in der Privatpraxis angewandt, desgleichen Dr. Petersen in 3 Fällen von Bubonenausräumung. Dr. Th. Schroeder dagegen hat es in einem Falle von Lidoperation ohne Erfolg benutzt. Gleichzeitig erwähnt er, dass ihm aus einer Apotheke ein, wahrscheinlich unreines, Präparat abgelassen, welches heftiges Erbrechen verursachte. Zur erwähnten Operation hat er jedoch gutes Bromaethyl benutzt. Dr. Maassmann meint, die Ansichten über die Wirkung des Bromaethyl bei Kreissenden lauten verschieden.

Dr. Bidder hebt hervor, dass Kreissende ausserordentlich tolerant gegen Chloroform seien, übrigens werden relativ kleine Mengen verbraucht. Daraus erkläre es sich wohl auch, dass er nur ein einziges Mal einen schnell vorübergehenden Collaps nach Chloroform gesehen.

Dr. Holst meint, dass die Morphiuminjectionen vor der Chloroformnarkose nicht eine ruhige Narkose bedingen, sie haben ihn öfter im Stich gelassen.

Dr. Monastyrski betont dem gegenüber, dass die erste Periode der Narkose wohl abgekürzt würde, dagegen würden die Pat. aber in der zweiten Periode leicht asphyktisch. Im *Peter-Paul-Hospital* sei die Chloroformfrage noch nicht gelöst, sie beobachten sehr häufig Erbrechen nach der Narkose mit gewöhnlichem Chloroform. Er lobt sehr das doppeltgereinigte Chl., die Exaltation bei demselben sei kurz, gute Toleranz und keine Nachwirkungen. Bei einem Fall von Pyothorax habe er nach Beendigung der Operation Collaps und Tod beobachtet; ob das Chloroform schuld, sei unbestimmt, Pat. hatte tuberculöse Lungen. In einem Falle von Gastrotomie trat ebenfalls starker Collaps ein, der jedoch noch gehoben werden konnte. Bei Herzfehlern hat M. ebenfalls mehrfach chloroformirt, ohne schlimme Folgen.

Dr. Anders wirft die Frage auf, wie es sich mit dem Chloroformiren im frühesten Kindesalter verhalte.

Dr. Wulff hat wegen Reflexeclampsie einmal ein noch nicht 3 Wochen altes Kind chloroformirt, da es innerhalb 24 Stunden ca. 16 Stunden lang in Krämpfen lag. Er hat bis zu 12mal pro die 4 bis 5 Tage lang als ultimum refugium Chloroform angewandt. Wenige Tropfen genügen. Dr. Bidder erinnert an den Fall, wo Dr. Schmitz behufs einer Amputation ein 12 Tage altes Kind chloroformirt.

Dr. Magawly spricht über die *Antiseptik in der Augenheilanstalt*. Ein Hinderniss zur Ausübung der Antiseptik nach Augenoperationen ist, dass man nie völligen Luftabschluss erzielen kann. Seit 1878 werden in der Augenheilanstalt antiseptische Verbände angewandt. Zuerst wurden schwache *Carbolsäurelösungen* versucht, jedoch selbst 2% Lösungen werden nicht vertragen, daher ging man zu 4%iger Borsäurelösung über. In derselben werden auch die feinen Instrumente gereinigt, welche Carbolsäure nicht vertragen; in letzter Zeit wurde dazu kochendes Wasser benutzt. Zum Verband wurde Borlint und Borwatte gebraucht. Seit 3 Monaten ist der *Sublimatverband* eingeführt, mit Lösungen von 1:1000. Auch *Jodoform* wird angewandt, namentlich bei Lidoperationen; über seine Wirkungen bei Hypopyon und Ulcera corneae hat M. noch kein sicheres Urtheil sich bilden können. Im Allgemeinen sind die Resultate jetzt viel günstiger. Während nach Hypopyon z. B. in den 70ger Jahren bei ca. 6% Verlust der Cornea durch Suppuration erfolgte, ist dieses in den letzten Jahren überhaupt nur 1—2 mal der Fall gewesen. — In letzter Zeit hat Dr. Lange mehrere Tage lang vor der Operation eines Auges demselben einen Occlusivverband (mit Sublimat) angelegt, der nur unmittelbar vor der Operation abgenommen wird. In 2 Fällen von Extraction, wo bedeutende traumatische Keratitis zu erwarten gewesen wäre, trat eine solche nicht ein.

Bezüglich der Chloroformfrage bemerkt M., dass er in langjähriger Hospital- und Privatpraxis nur 2 Fälle von Chloroformtod gesehen, beide Patienten waren durch lang dauernde Inanition heruntergekommen und Beide hatten nur wenige Minuten Chloroform inhalirt. In dem einen Falle, wo die Section gemacht, fand sich bedeutende Verfettung der Herzmusculatur.

Secretair Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Zum Professor für den neu errichteten Lehrstuhl der Chemie an der militär-medicinischen Academie ist der Professor-Adjunct Dr. N. W. Ssokolow, und zum Professor-Adjuncten für Epizootien A. Rajewski gewählt worden. Der Professor-Adjunct Dr. Karpinski, welcher Verbandlehre vorträgt, ist auf weitere 5 Jahre wiedergewählt worden. (Russ. Med.)

— Der Sanitätsarzt des Gouvern. Kursk, Dr. Kapustin und der Ordinator der Botkin'schen Klinik Dr. Pawlow sind nach befriedigend gehaltenen Probevorlesungen als Privatdocenten bei der militär-medicinischen Academie zugelassen worden, ersterer für Hygiene und Landschaftsmedicin, letzterer für Physiologie. (Wr.)

— In St. Petersburg ist Dr. Chodorowski gestorben.

— Die Concession zur Herausgabe eines neuen medicinischen Journals unter dem Titel «Praktische Medicin» (Практическая Медицина) ist dem hiesigen Druckereibesitzer Ettinger ertheilt worden. Die Redaction desselben hat Dr. M. Hirschfeldt übernommen. Das neue Journal wird allmonatlich (vom April d. J. an) erscheinen und im Abonnement in diesem Jahre 5 Rbl. 50 Kop., im nächsten Jahre 7 Rbl. kosten.

— Der Ausschuss der *Studirenden* an der Berliner Universität hat sich an die Commilitonen mit dem Ersuchen gewandt, in Zukunft das Trampeln und Scharren mit den Füssen in den Auditorien als Beifalls- und Missfallensäusserungen zu unterlassen, weil der dadurch aufgewirbelte *Staub* direct *gesundheitsgefährlich* sei. Wolle man einen Professor besonders ehren, so empfehle sich das auch sonst übliche Erheben von den Sitzen. (Allg. Med. Str. Ztg.)

— *Die deutsche Cholera-Commission*, bestehend aus dem Geheimrath Dr. Robert Koch, Stabsarzt Dr. Gaffky und Assistenzarzt Dr. Fischer, ist, wie wir der «Allgem. Medicinischen Central-Zeitung» entnehmen, am 3. Mai nach fast neunmonatlicher Abwesenheit nach Berlin wohlbehalten zurückgekehrt. Recht erfreulich sind die zahlreichen Auszeichnungen, welche den Commissions-Mitgliedern in Anerkennung ihrer grossen Verdienste um die Wissenschaft und in richtiger Würdigung der grossen körperlichen und geistigen Anstrengungen, mit welchen ihre Arbeit auf dem Choleraschauplatze verknüpft war, zu Theil geworden. Nachdem der verdienstvolle Leiter der Commission Dr. Koch durch den Staatssecretär v. Boetticher empfangen worden, wurde sämmtlichen Mitgliedern der Commission seitens des deutschen Kronprinzen die Ehre des Empfanges zu Theil worauf dieselben zur kronprinzlichen Tafel gezogen wurden. Bei dieser Gelegenheit überreichte der Kronprinz im Namen des Kaisers Dr. Koch den Kronenorden 2., den Anderen denselben Orden 3. Classe. Auch vom Khedive von Egypten sind denselben Orden verliehen worden. Eine weitere Auszeichnung ist der Commission dadurch zu Theil geworden, dass die Reichsregierung dem Reichstag einen Gesetzentwurf vorgelegt hat, auf Grund dessen der Reichstag ersucht wird, dem Kaiser die Summe von 135.000 Mark zur Verfügung zu stellen, behufs Gewährungen von Belohnungen an die Mitglieder der deutschen Cholera-Commission. Der Reichstag ertheilte einmüthig seine Zustimmung dazu, dass der Gesetzentwurf alsbald auf die Tagesordnung gesetzt werde. Aus der von der Reichsregierung der Vorlage beigefügten «Begründung» heben wir Folgendes hervor: Bevor die Commission ihre Aufgabe völlig gelöst hatte, nahm die Cholera wider Erwarten schnell ab, so dass die Beendigung der Arbeiten in Egypten nicht mehr möglich war. Während die von anderen Staaten Europa's ausgeschickten ähnlichen Expeditionen sich dadurch veranlasst sahen, die Heimreise anzutreten, zog der Führer der deutschen Commission es vor, mit seinen Mitarbeitern die in Egypten gefundene Fährte in Ostindien, dem ständigen Herde der Cholera, weiter zu verfolgen. Hier gelang es der aufopfernden Thätigkeit der Commission, Schritt für Schritt weiter vorzudringen, die aus den Untersuchungen in Egypten vorläufig gezogenen Schlussfolgerungen durchweg zu bestätigen und der medicinischen Wissenschaft, die sich der Cholera gegenüber bisher als machtlos erwiesen hatte, die Wege zur erfolgreichen Bekämpfung dieser Seuche zu ebnen... Dieses werthvolle Ergebniss wird über die Grenzen unseres Vaterlandes hinaus als ein glänzendes Zeugniss von der Ausdauer und Gründlichkeit deutscher wissenschaftlicher Forschung angesehen. Es fordert dazu auf, den Männern, deren Arbeit und deren opferbereitem Muthe diese grossartige Förderung der Wissenschaft und der Gesundheitspflege zu danken ist, eine Belohnung dafür zu gewähren, dass sie ohne Rücksicht auf eigene Lebensgefahr dem an sie ergangenen Rufe entschlossen Folge geleistet und die ihnen gestellte Aufgabe mit unermüdlicher Hingebung gelöst haben. Für den vorliegenden Fall empfiehlt es sich aber besonders, eine Geldzuwendung in Aussicht zu nehmen. Ein mit grossen körperlichen und geistigen

Anstrengungen verknüpfter Tropenaufenthalt hat in der Regel verhängnissvolle Folgen für die Gesundheit, welche erst nach Jahren fühlbar werden und für deren Eintritt eine frühe und verhältnissmässig karg bemessene Pension weder dem Betroffenen selbst, noch seinen Hinterbliebenen eine angemessene Entschädigung gewähren kann».

Im Reichsgesundheitsamt, aus dessen Schoosse die Mitglieder der Cholera-Commission hervorgegangen, fand ebenfalls ein feierlicher Empfang der Commissionsmitglieder im festlich decorirten Sitzungssaale statt. Der Director desselben, Dr. Struck, überreichte mit einer herzlichen Ansprache Dr. Koch die von Prof. Begas modellirte lebensgrosse Büste des Kaisers als Geschenk des Gesundheitsamtes, während Dr. Fischer und Gaffky prachtvolle Photographien des Kaisers erhielten. Von den Berliner Aerzten wurde ein collegiales Festessen zur Begrüssung der aus Egypten und Indien glücklich heimgekehrten deutschen Cholera-Commission veranstaltet. Die den Commissionsmitgliedern in Wien und München zugedachten Ovationen haben von denselben mit Rücksicht auf die körperliche Abspannung in Folge der überstandenen Strapazen abgelehnt werden müssen. Bf.

— Semola wendet, von der Erwägung ausgehend, dass Glycerin sich vermöge seiner chemischen Constitution zur Behandlung des Fiebers eignen müsse, bei acuten fieberhaften Krankheiten, dasselbe nach folgender Verordnung mit Erfolg an: Glycerin. puriss. 30,0, Acid. citr. od. Acidi tartar. 2,0, Aqu. dest. 500,0. Stündlich 20—30 Grmm. zu nehmen. Diese Mischung soll gegebenen Falls völlig den Alcohol ersetzen, ohne selbst nach längerem Gebrauch Magenbeschwerden zu verursachen. («Journ. de Méd.» — A. m. C.-Ztg.)

— Es ist bekannt, dass die *Zahl der Blinden in Russland* eine ungewöhnlich grosse ist und die grose Mehrzahl derselben leider mit Betteln sich beschäftigt oder den Angehörigen und Gemeinden zur Fest fällt, weil sie zu keiner für sie passenden Arbeit angehalten werden. Einen klaren Beweis dafür liefert der letzte Rechenschaftsbericht der Kijewschen Abtheilung des Marien-Curatoriums zur Versorgung der Armen. Nach diesem betrug die Zahl der Blinden im Gouvernement Kijew 4221 Personen (davon 59% Männer und 40,28% Frauen), also 0,2% der Gesammtbevölkerung des Gouvernements. Nach den Ständen geordnet kommt die grösste Zahl auf die Bauern, nämlich 88,9%, dann die Städter 5,8%, Soldaten 4,69%, Adlige 0,52%. Was die Beschäftigung anbelangt, so führte die überwiegende Mehrzahl ein vagabundirendes Leben als Bettler; nur 142 Blinde trieben ein Handwerk: Seilerarbeit (43 Personen), Garnspinnerei (20), Fassbinderei (3) oder waren als Musikanten (35), Kinderwärterinnen (8) u. s. w. thätig.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 22. bis 28. April 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr	Unbekannt.
379	306	685	121	83	120	23	11	26	75	66	44	47	35	22	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 3, Masern 52, Scharlach 17, Diphtherie 15, Croup 6, Keuchhusten 9, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 14.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 32, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 16, acute Entzündung der Athmungsorgane 83, Lungenschwindsucht 117, andere Krankheiten der Brusthöhle 13, Gastro-intestinal-Krankheiten 103, andere Krankheiten der Bauchhöhle 17, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 44, Marasmus senilis 35, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 3, Selbstmord 6, Mord 0.

— Andere Ursachen 14.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	6—12 April	181 732	88	7	25,2	7,9	34,0
Kopenhagen. .	9—15 April	267 000	136	8	26,5	5,9	37,3
Berlin . . .	13—19 April	1 225 065	580	83	24,6	14,3	33,1
Wien . . .	13—19 April	759 849	487	30	33,3	6,1	39,5
Brüssel . . .	6—12 April	171 293	83	17	25,2	20,4	37,1
Paris	11—17 April	2 239 928	1180	151	27,4	12.8	28,3
London . .	13—19 April	4 019 361	1649	302	21,4	18,3	33,4
St. Petersburg	20—26 April.	928 016	841	151	47,1	17,0	45,0

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Mai 1884.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Mai 1884.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Копнаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (14)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Лечебница
P 88 (1)
для
НЕРВНО-БОЛЬНЫХЪ
Доктора **Гольста**
Рига. Вейдендамъ, № 25.

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

10 (9)

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen **Eisenbahnen verbunden.**

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard **Montmartre, Paris,** zu wenden.

ALEXISBAD

im Harz

Stahlbad und Klimatischer Gebirgscurort. Sool-, Fichtennadel-, Wellenbäder.

Vollständig neu eingerichtet. Prospecte und jede weitere Auskunft durch P. 106 (3)

Badedirection.

РЕДАКЦІЯ

Календарь для врачей

покорнѣйше проситъ гг. **содержателей лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ инструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ** и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

Sanitätsrath **Dr. Georg Thilenius sen.** befindet sich vom 10. Mai ab wieder dauernd in **Soden** a. Taunus. P. 111 (1)

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje-Sselo.

(Saison vom 15. Mai bis 15. Sept.) 103 (4)

Kumyss, eisenhaltigen Kumyss, Kefir, natürliche und künstliche Mineralwässer, verschiedene warme Bäder, Elektrotherapie; ausserdem Zimmer mit voller Beköstigung.

Wir haben es für möglich befunden, den Detailpreis für

CHININ

auf 3 Rbl. per Unze und 50 Kop. per Drachme herabzusetzen.

Rob. Köhler & Co.
in Moskau.

M. 83 (2)

Filet-Unterzieh-Jacken

sind die besten Regulatoren der Hautthätigkeit, weil sie in ihren weiten Maschen zwischen Haut und Hemd eine abgeschlossene Luftschicht (also einen schlechten Wärmeleiter) bilden. — Die Filetunterkleider verhindern das Verstopfen der Hautdrüsen, erleichtern dadurch den normalen Stoffwechsel, gestatten das Athmen der Poren, beleben und kräftigen die Haut und machen dieselbe elastisch und widerstandsfähig gegen Temperaturwechsel. — Filetunterkleider sind die **reinlichsten, bequemsten, gesundesten** und wegen ihrer Dauerhaftigkeit auch die **billigsten** Unterkleider.

72 (1)

Dépôt bei

D. DAHLBERG,

Gorochowaja № 16, Haus Corpus, unweit der Gr. Morskaja.

30 **Kurort Ober-Salzbrunn** 19

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des **„Ober-Brunnens"** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens" **zu jeder Zeit.** **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.**

MATTONI'S P. 110 (15)

EISEN-MOORSALZ / EISEN-MOORLAUGE

aus dem Loosmoor bei **FRANZENSBAD.**

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, St. Petersburg, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig**, Moskau, Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

PEGLI

bei Genua.

Grand Hôtel.

Das ganze Jahr offen. 56 (1)

Meerbäder vom Mai bis November.

Wintersaison. — Pension.

Eigenthümer: **Bucher-Durrer**
vom Hôtel Bürgenstock & Hôtel de l'Europe **Luzern.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4 Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 19. **St. Petersburg, 12. (24.) Mai** **1884.**

Zur operativen Behandlung der Tuberculose.

Von
Dr. Selenkow,
ält. Ordinator am ausserstädt. Hospital.

(Vortrag, gehalten in der russ. chirurg. Gesellschaft Pirogows am 24. Febr. 1884).

Der mächtige Einfluss, welchen die Einführung der antiseptischen Wundbehandlung auf die Erfolge unseres chirurgischen Handelns ausgeübt hat, scheint eine durch Verbreitung, Mannigfaltigkeit und ernsten Character ausgezeichnete Gruppe von Erkrankungen am allerwenigsten berührt zu haben. Ich meine die Scrophulose, Fungose, Tuberculose. Diese 3 Bezeichnungen werden ja in letzter Zeit ziemlich promiscue gebraucht, wenigstens auf dem uns vorherrschend hier interessirenden Gebiete der Knochenleiden. Seitdem die Geisseln der chirurgischen Abtheilungen — Erysipel, Pyämie, Hospitalbrand e tutti quanti, welche früher unter dem fatalistisch-naïven Namen der «accidentellen» Wundkrankheiten zusammengefasst wurden — ihre Rolle so ziemlich ausgespielt, sind die Rechte derselben von der Tuberculose in Besitz genommen worden, welche damals bescheiden in zweiter Linie stand. Schon wenige Jahre nach Einführung einer regelrechten Antiseptik musste einer der hervorragendsten deutschen Kliniker König[1]) auf dem Chirurgencongress von 1880 das traurige Geständniss ablegen, dass nach seinen Erfahrungen die Antiseptik, trotz günstigeren Verlaufes der Resectionswunden bei Tuberculose, den erwarteten Einfluss auf die Mortalitätsziffer nicht ausgeübt hat. Billroth hat in 16-jähriger Thätigkeit in der vorantiseptischen Zeit 27%, König von seinen 117 antiseptisch behandelten Resectionsfällen 21,6% oder etwas mehr an Tuberculose verloren. Die Operationswunden heilten besser und schneller; doch die Verallgemeinerung der Krankheit, ihre Uebergriffe auf die inneren Organe, gingen oft ihren Lauf und die Kranken starben wie früher. Diese Mittheilung rief auf dem Congress keinen ernsteren Widerspruch hervor; Esmarch bemerkte sogar, dass er in letzter Zeit häufiger zur Amputation seine Zuflucht nehme.

[1]) Langenb. Archiv XXV. pag. 580.

Aehnliche Resultate bringt uns Albrecht in seiner im vorigen Jahre erschienenen Bearbeitung[2]) des Züricher Materials von 1867—1880. Von der Gesammtzahl der fungösen Erkrankungen 325 — starben 135 oder 41%; von letzteren 64 oder etwa die Hälfte an der Schwindsucht. Von 105 Resecirten starben bei der alten Behandlung 51 oder 48,6%, von 57 bei der neuen 27 oder 47,4%. Auch diese Zahlen sprechen für die Machtlosigkeit der Antiseptik.

Jeder von Ihnen, m. H., hat sich gewiss mehr als einmal zu früh über den Verlauf der Wundheilung nach Resection eines fungösen Gelenkes gefreut. Durch Absägung der Knochen im Gesunden, Ausschabung mit dem scharfen Löffel und Exstirpation der Synovialkapsel mit der Scheere haben Sie alles Kranke entfernt. Nach einer Woche ziehen Sie die Nähte heraus, angesichts der prima intentio unter denselben, bei völliger Abwesenheit einer entzündlichen Reaction an den Wundrändern; ihre Wunde ist verheilt — ausser den Drainlöchern. Erst nach einigen Wochen erfolgt der zweite Verbandwechsel; Pat. hat sich in der ganzen Zeit wohlgefühlt, nicht gefiebert. Was finden Sie? Aus den Drainlöchern ragen nee schwammige Granulationen mit trüben Anflügen auf ihrer Oberfläche; die Gegend des Gelenks ist ein wenig geschwellt und empfindlich; kurz, die Sache ist nicht um einen Schritt vorwärts gekommen. Es vergehen noch einige Wochen, und ihre schöne Narbe verwandelt sich in einen immer breiter werdenden Streifen derselben unerbittlichen Granulationen; die Geschwulst vergrössert sich; der Kranke beginnt Abends zu fiebern. Mit der Zeit tritt Husten auf, Dämpfung der Lungenspitzen oder Eiweiss im Harn, schliesslich Diarrhöen und nach 2 Jahren geht Pat. an Lungenschwindsucht, allgemeiner Miliartuberculose oder amyloider Degeneration und Verfettung der parenchymatösen Organe der Bauchhöhle zu Grunde. Ihre Operationswunde aber, welche anfangs zu so grossen Hoffnungen berechtigte, hatte sich gar nie geschlossen; im Gegentheil Abscesse und Fisteln haben sich nach allen Seiten um sie herum verbreitet. Dieses Bild unterliegt natürlich vielfachen Modificationen. Manchmal gelingt es direct oder nach wiederholter Auslöffelung Heilung zu erzielen, manch-

[2]) Deutsche Ztschrft. f. Chir. XIX. 2, 3, 4 Heft.

mal durch Mineralwässer und Schlammbäder, oft durch einfache diätetische Maassregeln. So genasen bei König von 117 Resecirten 34 nach einem halben, 28 nach 1—2 Jahren.

Jedenfalls sind die Resultate der operativen Bekämpfung der Tuberculose als recht klägliche zu bezeichnen. Zugegeben, dass ein Theil der in die angeführte Statistik aufgenommenen Fälle bereits mit beginnender Lungenschwindsucht in Behandlung getreten ist, dass bei einem anderen Theil die fungöse Knochen- und Gelenkerkrankung als Theilerscheinung allgemeiner tuberculöser Infection aufgefasst werden kann, — so muss doch als zweifelloses Factum hingestellt werden, dass oft, wenn nicht in der Mehrzahl der Fälle, die Allgemeinerkrankung einer rein localen, etwa durch Trauma hervorgerufenen, Affection bei bis dahin gesunden Individuen auf dem Fusse folgt und den tödtlichen Ausgang bedingt. Wenn wir nicht gezwungen wären das fungös erkrankte Gelenk als Brennpunct der Verbreitung der Krankheit aufzufassen, so würden die Fälle ohne Erklärung bleiben, wo bereits an beginnender Lungenaffection leidende Kranke unmittelbar nach vollführter Amputation stetig einer vollständigen Genesung entgegengehen. Hier giebt die Entfernung des Herdes dem Organismus die Möglichkeit den Kampf mit dem schon aufgenommenen Gifte siegreich zu führen. Warum begegnen wir so selten ähnlichen Resultaten nach Resectionen?

Es ist nothwendig den Umstand zu berücksichtigen, dass die Behandlung der in die angeführte Statistik aufgenommenen Fälle sich in Nichts von der Behandlung gewöhnlicher Entzündungen oder gewöhnlicher Wunden unterscheidet, dass somit eine Hauptindication — die völlige Gesundmachung (sit. v. v.) und Gesunderhaltung der afficirten Partie durch irgend welche Mittel während des ganzen Verlaufs bis zur Heilung der Wunde — unerfüllt bleibt. Die durch die Resection dem Organismus dargebotene Hülfe erweist sich eben gewöhnlich als ungenügend; die Wunde bleibt krank und die localen Recidive erschöpfen den Pat. oder inficiren seine inneren Organe. Die Aufstellung einer Analogie der Tuberculose mit den bösartigen Geschwülsten liegt sehr nahe. Die Amputation dagegen erweist sich sehr oft, sogar in späten Stadien der Erkrankung als radicales Mittel zur Lebensrettung.

Es genasen bei Albrecht:

von 2	Amput.	antibrachii	2
« 8	«	humeri	4
« 10	«	cruris	9
« 9	«	femoris	6

im Ganzen von 29 Amputationen 21 oder 7/10 der Fälle, während von 35 Kniegelenkresectionen nur 15 oder 4/10, von 47 Hüftgelenksresectionen nur 9 oder 2/10 genasen. Die besten Resultate — gegen 5/10 Genesungen — gab die Resection des Schulter- und Ellenbogengelenks; doch auch diese Ziffer steht tief unter der bei Amputation.

Angesichts dieser Zahlen wird es begreiflich, dass manche Chirurgen die Resection mehr und mehr in den Hintergrund schieben, um entweder streng conservativ oder beraubend zu verfahren.

Die Frage nach der Zukunft der Resection bei Tuberculose muss überhaupt auf zwei Bedingungen zurückgeführt werden: 1. Ausführung in möglichst frühem Stadium der Erkrankung, 2. Auffindung von Mitteln zur Verhütung localer Recidive.

Der erste Punct war Gegenstand der Ausführungen König's auf dem X. Chirurgencongress 1881, wo er bereits auf eigene Erfahrungen gestützt, die operative Entfernung der Herde warm empfahl, so lange sie noch im Knochen sitzen ohne die umgebenden Weichtheile resp. Gelenke inficirt zu haben. Bei Befolgung dieses Princips verliert die Resection ihren Typus, gewinnt aber an Bedeutung, indem sie die Gelenke nicht vernichtet, sondern vermeidet und erhält. Von 28 derartigen Operationen hatten schon damals 10 zur völligen, 14 zur fast vollständigen Genesung geführt, und das bei Intactheit der benachbarten Gelenke. 1882 führte König in № 214 der Sammlung klinischer Vorträge seinen Gedanken des Näheren aus. Die Realisation dieses Gedankens ist natürlich nur in den wenigen Fällen möglich, wo die Patienten sich früh nach chirurgischer Hülfe umsehen, und früh zu einem operativen Eingriff entschliessen. Das Hauptcontingent wird doch zur Spätresection gelangen und für diese Fälle ist der zweite Punct von besonderer Wichtigkeit.

Als unbedingter Fortschritt in der Therapie der Tuberculose ist die Einführung des Jodoforms durch Mosetig[3]) zu bezeichnen. Das Mittel fand rasch eine grosse Verbreitung und sollte bald sämmtliche Postulate der Antiseptik erfüllen, ja zu einer chirurgischen Panacee werden. Doch schon bald nach seinem Triumphzuge durch Europa, zu Ende des Jahres 1881, fing es an das Loos aller grossen Novitäten zu theilen; es wurden ernüchternde, ja feindselige Stimmen laut. Nach seiner rückhaltlosen Lobrede auf dem X. Chirurgencongress erklärte Mikulicz[4]) die Beibehaltung des ganzen antiseptischen Apparates für unbedingt erforderlich; es erschien eine ganze Reihe von Mittheilungen über Vergiftungsfälle mit tödtlichem Ausgange, welche König[5]) sammelte und sichtete; Schede[6]) erklärte kurzweg die Ausfüllung grösserer frischer Wunden mit Jodoform für unzulässig; Kocher[7]) wünschte ihm baldmöglichstes Verschwinden von der Scene — freilich um seinem eigenen Protégé, dem Wismuth Platz zu machen.

Was nun die Bedeutung des Jodoforms speciell bei Tuberculose betrifft, so hat sich die Mehrzahl der Stimmen zu seinen Gunsten ausgesprochen, indem es die Heilung der Operationswunden und Fisteln befördern soll, ohne übrigens als ein Specificum gelten zu können. Als constatirt kann zum Wenigsten gelten, dass nach vorhergehender operativer Reinigung des afficirten Theiles, das Jodoform bei unmittelbarer inniger Berührung mit dem kranken Gewebe manchmal vor Recidiven schützt. Sein Hauptwerth besteht in der durch seine geringe Löslichkeit bedingten langdauernden und beständigen Wirkung auf das betreffende Gewebe. Die Wirkung ihrerseits besteht vorherrschend in der Trocknung, der Herabsetzung der Wundsecretion auf ein Minimum.

Das Jodoform erweist sich mithin als passend zur Behandlung von offenen Wunden und nicht complicirten Höhlen mit weiter Oeffnung, deren ganze Oberfläche der wiederholten Application des Mittels überall zugänglich ist; denn par distance, wie Mosetig behauptete, wirkt es offenbar nicht; andererseits scheint eine einmalige Application — vor Schluss der Operationswunde — gewöhnlich nicht zu genügen. Seine Eigenschaft als fast unlösliches Pulver macht es wenig tauglich bei mehr versteckten und complicirteren sinuösen Wundhöhlen. Die Möglichkeit der Anwendung in Bacillenform ändert daran wenig. Ferner ist seine Wirkung keine momentan energische, sondern beruht auf Dauer und Beständigkeit; es reizt die Wunde nicht zur Thätigkeit und die Granulationen bleiben darunter oft dauernd welk, wenn auch rein; die Narbe schreitet nicht fort. Fügen wir zu dem Gesagten den wenig angenehmen Geruch und die Möglichkeit der Vergiftung, so haben wir etwa seine Mängel für unseren Zweck hergezählt. Diese Mängel zwingen uns, nicht bei ihm stehen zu bleiben, sondern anderen Mitteln zur Förderung unseres operativen Kampfes mit der Tuberculose nachzuspüren.

Von diesem Gesichtspuncte aus beabsichtige ich heute den Herren Collegen eine von mir seit ca. 4 Jahren geübte Methode zur Nachahmung zu empfehlen, welche vielleicht nach einigen Seiten hin die Mängel des Jodoforms nicht

[3]) Wien. Med. Wochenschr. 1880. № 43.
[4]) Centralblatt f. Chirurgie. 1882. № 1.
[5]) Ibid. № 7, 8.
[6]) Ibid. № 3.
[7]) Ibid. № 14, 15.

theilt, resp. die Wirkungen desselben zu ergänzen im Stande ist.

Das von mir angewandte Mittel ist weder neu noch originell, die Art seiner Anwendung ist einfach und nicht von mir erfunden; nur die systematische Methode seiner Application gehört mir und speciell auf derselben beruhen, scheint mir, die von mir errungenen Erfolge. Das Material des ausserstädtischen Hospitals, welches sich sozusagen aus dem Bodensatz des Obuchowschen Centralbureaus recrutirt, ist leider zu arm, als dass ich mit stattlichen Zahlen vor sie hintreten könnte; doch hoffe ich, dass auch meine wenigen Beobachtungen genügen werden, um in dieser Beziehung reicher ausgestattete Collegen zur Nachahmung meiner Versuche und zur Controle meiner Resultate zu bewegen.

Indem ich alle geringfügigeren und mehr oberflächlichen Affectionen bei Seite lasse, will ich mich damit begnügen Ihnen sämmtliche Resectionen vorzuführen, welche ich in den letzten Jahren zu machen Gelegenheit hatte.

Ausgehend von der Voraussetzung, dass durch die Resection nebst Auslöffelung und Ausschneidung der tuberculös erkrankten Weichtheile noch keine vollständig gesunde Wunde geschaffen werde und dass das Recidiv in derselben bereits in den ersten Tagen sich aus den hinterbliebenen Keimen zu bilden beginne, — habe ich mich vom 3.—4. Tage p. operat. an nicht mit dem antiseptischen Verbande begnügt, sondern nach sorgfältiger Auspressung der in der Wundhöhle enthaltenen Flüssigkeit eine ausgiebige Injection der gewöhnlichen 10% Jodtinctur durch die Drainlöcher vorgenommen. Als Instrument diente eine gewöhnliche Gummispritze mit angesetztem elastischem Catheter oder dünnem Gummirohr behufs Eindringens bis zu den tiefsten Puncten der Wunde. Die Tinctur wurde unter einem gewissen Druck hineingepresst, indem sowohl die Fistel um das Rohr zusammengedrückt, als auch die übrigen Wundöffnungen festgehalten wurden. Auf diese Weise wird zweifellos eine allseitige Verbreitung der Flüssigkeit nach allen Winkeln hin erreicht; ja, bereits eingetretene Verklebungen der Wundflächen, welche einen Krankheitskeim bergen konnten, werden gelöst, nur feste, gesunde Verwachsungen widerstehen dem Andrange des Medicaments. Diese Manipulation verursacht keinen erheblichen noch dauernden Schmerz, nur ein mässiges Gefühl von Brennen im Laufe einiger Minuten. Nach Abfluss der Tinctur führe ich die Drains wieder ein und verbinde, wie gewöhnlich, antiseptisch, um nach 3—4 Tagen dasselbe zu wiederholen und das so lange, bis sich keinerlei flüssiges Wundsecret im Verbande zeigt. Dann werden nach der Injection die Drains endgültig entfernt und die Fisteln heilen unter dem Schorf. Bei dem geringsten Anzeichen eines Recidivs wird gleich wieder ausgelöffelt und die systematischen Einspritzungen beginnen von Neuem. Weder Reizung noch Entzündung der Wunden habe ich bei dieser Methode beobachtet; zum Schutze der umgebenden Haut gegen die ätzende Wirkung der Tinctur genügt es dieselbe vor jeder Injection mit Vaseline zu bestreichen.

In Folgendem meine Casuistik.

1) 14jähriger Bauernsohn von schwächlichem Bau, mässigem Ernährungszustand. Aufgen. 14. Januar 1880. Leidet viele Jahre an Spondylitis thoracica; wenig empfindliche Kyphose des 5.—8. Brustwirbels; in der Kindheit geringe Lähmungserscheinungen. Seit 6 Monaten allmälige Entwickelung einer schmerzhaften kindskopfgrossen Geschwulst *des linken Schultergelenks*; jetzt grosser das Gelenk allseitig umgebender Abscess. Unregelmässige Fieberbewegungen. *1. März Resection des Humeruskopfes* im chirurgischen Halse; Auslöffelung der entblössten Fossa glenoidalis; Kapsel zerstört; um den erweichten Kopf und unter dem ganzen Deltoïdeus käsiger Eiter. Reinigung mit Löffel und Scheere, Contraapertur hinten durch den Latissimus und Teres major. Drei dicke Drains. Bei systematischer Anwendung der Jodtinctur *heilte die Wunde endgültig* ohne Eiterung nach 6 Verbänden *in einem Monat*. In der dritten Woche bereits active und passive Bewegungen. Pat. blieb noch ein volles Jahr im Hospital wegen Recrudescenz der Spondylitis, welche eine 5 monatliche Paralyse der Unterextremitäten und der Blase mit tonischen Krämpfen der Bauch- und Schenkelmusculatur und Anästhesia dolorosa der Füsse hervorrief. Dabei beständiger Husten und geringe Dämpfung der rechten Lungenspitze bei Consonanzerscheinungen. Ein Congestionsabscess bildete sich nicht aus. Trotz des traurigen Allgemeinzustandes bei Hospitalsluft und Speise, zeigte sich kein Recidiv an der Schulter; Pat. gebrauchte gegen Ende des Jahres alle seine Extremitäten und verliess das Hospital in sehr gutem Gesundheitszustande.

2) 17jähriger Bauernsohn von kleinem Wuchse, anämisch, in schlechtem Ernährungszustand. Aufg. 2. März 1880. Leidet seit Jahren an scrophulösen Ulcerationen des Gesichts, seit 8 Monaten an einer Auftreibung des unteren Radiusdrittels mit Verlängerung, sehr empfindlich auf Druck und bei Bewegungen des schief gestellten Handgelenks. Im Mai und Juni bilden sich käsige Abscesse um die Geschwulst, welche allmälig in Fisteln übergehen. *7. November* subperiostale *Resection* von 5 Cent. des Knochens ohne Gelenkeröffnung. Die Wunde heilte *endgültig* zum 20. December, d. h. *in 6 Wochen*. Der neugebildete Knochen nicht schmerzhaft. Ein halbes Jahr ohne Recidiv mit schöner Narbe. Ulcerationen des Gesichts geheilt, auch mit Hülfe von Pinselung mit T. Jodi.

3) 29jähriger Hebräer, gracil gebaut, anämisch. Aufgen. 21. Dec. 1879. Von Kindheit an fungöse Gonitis. Unvollständige Ankylose in leicht flectirter Stellung; Genu valgum durch Auftreibung des Condyl. int. femoris; Unfähigkeit zu gehen wegen Schmerzen. Einige eingezogene Narben oberhalb, fungöse Fisteln unterhalb der Patella. Im April Incision eines käsigen Abscesses vorn, im Juni hinten innen. Permanente Extension, Schmerz in den Knochen besteht fort; Schwellung nimmt zu. Unregelmässige Fieberbewegungen. *4. December Knieresection.* 5 Cent. Femur, 2 Cent. Tibia abgesägt; Tibiakopf auf ca. 4 Cent. Tiefe ausgelöffelt. *Die Wunde heilte* mit geringer Eiterung vollständig *in 1 Monat*. 6. Januar. Gypsverband. Nach Abnahme desselben im Februar hebt Pat. das Bein frei in die Höhe; Verwachsung fest. Kleine oberflächliche Recidive in der Narbe heilen in einigen Wochen. Im April mit Stützapparat gehend entlassen.

4) 6jähriger Hebräerssohn aus Wilna, aufgenommen 29. Mai 1882. Sehr schwächlicher Bau, schwache Ernährung. Seit einem Jahre typische fungöse Coxitis sin. mit Fieberbewegungen. Femur in Adduction und Flexion bei äusserst geringer und schmerzhafter passiver Beweglichkeit ohne Narcose. Trochanter ragt etwa 2 Cent. über die Roser-Nélatoncshe Linie. Gelenkgegend aussen und hinten durch deutlich fluctuirende Abscesse mannsfaustgross aufgetrieben *3. Juni. Resectio coxae.* Langenbeck's Schnitt eröffnet zwei durch eine dünne Scheidewand getrennte Abscesse, einen kleineren über dem Trochanter und einen grösseren um und hinter demselben gelegen, bis fast zum Tuber ischii reichend. Kapsel zerstört; Kopf fehlt; Hals und Trochanter zum Theil entblösst, rauh, porotisch. Muskelansätze werden subchondral abgetrennt; Sägeschnitt unterhalb des kleinen Trochanter. Acetabulum des Knorpels beraubt, doch hart und glatt, nicht durchbohrt; überhaupt Beckenknochen im Uebrigen intact. Nach sorgfältiger Entfernung der massenhaften tuberculösen Pseudomembranen mit Löffel und Scheere und Anlegung einer Contrapertur am Tuber ischii wird ein wenig Jodoform in die Wunde gestreut, 4 kleinfingerdicke Drains eingeführt; Hautwunde durch Nähte geschlossen. Lister und permanente Extension. 30. Juni d. h. 27 Tage nach der Operation, sitzt Pat. im Bett auf. Drain nur in der hinteren Fistel, aus welcher mehrmals käsige Massen ausgedrückt worden. Von diesem Tage an nur wöchentlicher Verband zur Injection von Jodtinctur und Einführung von Jodoformstäbchen, wie anfangs 2 Mal wöchentlich. 6 Wochen p. operat. glatte schmerzlose passive Beweglichkeit: Flexion 90°, Abduction 15°. In der neunten Woche geht Pat. auf Krücken; Ende des 2. Monats reist er auf Wunsch des Vaters mit einfachem Stützapparat gehend in die Heimath. Die Fistel schloss sich bald endgültig und der Junge begnügte sich mit dem Gebrauche eines Stockes zum freien Gehen, sogar ohne erhöhten Stiefel. Nach 1 Jahre stellte er sich wieder vor, in gutem Gesundheitszustande, mit weicher, glatter, wenig adhärenter Narbe. Verkürzung ca. 4 Cent. In diesem Zustande hatte ich Gelegenheit den Knaben im allgem. Verein St. Pet. Aerzte den 8. März 1883 vorzustellen.

5) 13-j. Bauernsohn, aufgen. 5. Juli 1881; mittl. Ernährungszustand, leidet seit 1½ Jahren an Knieschwellung, spec. Condyl. int. femor. Genu valgum. Flexion frei; Extension 160°. Aussenrotation beim Gehen. Ueber der Patella eingezogene Fistelnarbe. Bis October 1882 Gypsverbände bei gutem Allgemeinzustand. Dann Erguss bei erhöhter Schmerzhaftigkeit. *17. November Knieresection* [8]) mit vorderem Lappen. Im Condyl. int. femoris wallnussgrosser dem Durchbruch naher necrot. Herd. Knorpel intact. Kapsel verdickt. 8. December Drainagen entfernt. Jodoformbacillen. 28. Januar 1883. Auslöffelung der Fisteln. Tinct. Jodi und Jodoform. 12. Februar. Kleine oberflächliche Fistel übrig. Pat. geht mit Thomas Stützapparat. Nach einigen Tagen Alles verheilt. Gypsverband mit Thomas. Bis heute kein Recidiv. Schöne feste Narben. Pat. geht frei. Verkürzung 4 Ctm. Allgemeinzustand gut.

6) 19-j. Bauermädchen, anämisch. Aufg. 9. Mai 1883. Seit 3 Monaten Geschwulst und Unbeweglichkeit des l. *Ellenbogengelenks*, bes. Cond. ext. hum. und Olecranon; dazwischen Abscess. Gyps. *9. Juni Resection* nach Langenbeck mit Erhaltung des knöchernen Tricepsansatzes nach Vogt. Verlauf fieberlos, doch nicht ganz aseptisch, stark aufgehalten durch Necrose der Tricepssehne. Ganze

[8]) Ausgeführt von Dr. Bertels.

Wunde weit klaffend. Ende September Alles vernarbt. Ende November mit Beweglichkeit von ca. 40° entlassen.

Die letzten 3 Beobachtungen sind insofern nicht rein, als neben der Jodtinctur auch Jodoform benutzt wurde; doch hielt ich mich trotz der vorhergehenden guten Erfahrungen nicht für berechtigt das letztere Mittel zu missachten. Seit Einführung desselben habe ich es neben der Jodtinctur benutzt, hütete mich nur vor grösseren Mengen. Ein Mittel scheint mir dabei das andere zu ergänzen; die energische momentane Wirkung der Tinctur wird für die Verbandpause durch die schwächere aber beständigere Wirkung des Jodoforms abgelöst. Diese Combination kann ich nach meinen Erfahrungen nur als gelungen bezeichnen; wenigstens fand ich in der Literatur keinen Fall, der sich dem Fall 4 zur Seite stellen könnte.

Hinsichtlich des Allgemeinzustandes hatten die angeführten Resectionen den Effect von Radicaloperationen, die weitere Erkrankung im Fall 1 war durch einen anderen vorherbestehenden Process bedingt. Die Voraussetzung, dass Fall 1 bei Gegenwart zweier Infectionsherde nicht am Leben geblieben wäre, scheint mir nicht zu gewagt, wenigstens discutirbar.

Ebenso wohlthätig und die Heilung beschleunigend erwiesen sich methodische Injectionen von Jodtinctur nach Eröffnung scrophulöser und anderer Abscesse—Lymphadenitis tuberculosa und p. scarlatinam, hämorrhagischer Abscesse, Phlegmonen, Lymphangitis zerfallener Gummata etc. Nur bei grossen Senkungsabscessen, welche keine operative Reinigung zulassen, so bei Spondylitis, erwiesen sie sich als kraftlos.

Zum Schluss erlaube ich mir die Hoffnung auszusprechen dass die Herren Collegen die beschriebene Methode mit demselben Erfolge üben werden, wie ich.

Referate.

N. D. Monastyrski: Zur Morphologie des Bacterium mallei. (Jesh. kl. Gas. 1883 № 28, 29 und 30).

Hinweisend auf den bis jetzt noch nicht entschiedenen Streit zwischen den Anhängern der Cohn'schen Theorie einerseits, die eine Constanz der Spaltpilzformen annehmen und den Anhängern der Ansicht von Billroth und Nägeli andererseits, welche für einen genetischen Zusammenhang der einzelnen Spaltpilzformen plaidiren, neigt Verf. der letzteren Ansicht zu, sich stützend auf die Entwickelungsgeschichte des Bact. Anthracis, Leptothrix buccalis, Bacillus Leprae und des Spaltpilzes des Typhus abdominalis. Noch mehr wird Verf. für die Billroth-Nägeli'sche Lehre eingenommen durch die interessanten Resultate, die seine mikroskopischen Untersuchungen an einem Rotzkranken sowohl zu Lebzeiten des Pat., als auch nach dem Tode desselben ergeben haben.

Bekanntlich wurde der Rotzbacillus von Löffler und Schütz entdeckt und beim Menschen zuerst von Wassiljew constatirt. Während Wassiljew nur Bacillen gesehen haben will, ist es Verf. gelungen, auch die übrigen Spaltpilzformen am Rotzkranken nachzuweisen.

Ein 18-jähriger Conditorlehrling erkrankte ohne bestimmte Ursache mit Fieber, Glieder- und Kopfschmerzen. Gleichzeitig bildete sich an der rechten Thoraxseite ein Knoten. Bald darauf 2 andere in der Nähe des ersten Knotens und endlich verspürte Pat. Schmerzen in der rechten Achselhöhle. Nach vier Tagen Eintritt ins Peter-Paulhospital. Bei der Untersuchung des schwach gebauten, elenden Individuums fand Verf. in der Höhe der VIII. Rippe rechts in der hinteren Axillarlinie ein Geschwür von 4 Ctm. Durchmesser mit elevirten, hart anzufühlenden Rändern. Die Umgebung war hart infiltrirt, Haut geröthet und in ihr zerstreute Pusteln bis Stecknadelkopfgrösse.

Mehr nach hinten von diesem Geschwür sowie in der mittleren Axillarlinie wurde je ein Knoten von Haselnussgrösse, conisch, mit abgeplatteter necrotischer Spitze wahrgenommen. Die Basis dieses Knotens war von einem mit Pusteln besetzten Halo umgeben. In der vorderen Axillarlinie am Pectoralisrande ein taubeneigrosser Knoten; die Haut leicht geröthet. Die Schleimhäute des Pat. waren blass. Kein Nasenausfluss. Dyspnoisches Athmen. Die Untersuchung der Brustorgane bot ausser catarrh. Rasseln nichts Abnormes und behauptete Pat. auch früher oft an vorübergehenden dyspnoischen Anfällen gelitten zu haben. — Die Diagnose blieb in suspenso, weil die Pusteln, welche in der Umgebung des Geschwüres und zweier Knoten sich fanden, vom Verf. für Kunstproducte durch vorher angewandte Sublimatcompressen entstanden, gehalten werden konnten. Die Knoten wurden gespalten und sodann wie das Geschwür mit dem scharfen Löffel gereinigt.

Im weiteren Verlauf wurde das Allgemeinbefinden zusehends schlechter. Sehr starke Dyspnoe, Rasseln in der Brust. Massenhaftes Auftreten von Knoten am Rumpfe und den Extremitäten, schliesslich auch im Gesicht. Die meisten Knoten waren von einem Halo umgeben, auf dem sich Pusteln fanden. Von einzelnen gingen hart anzufühlende Stränge ab, deren Lage durch in der Haut sichtbare geröthete Streifen markirt war. Hier wurde der Verdacht auf Rotz gelenkt, weshalb 6 Stunden vor dem Tode Blutpräparate angefertigt wurden. Ausserdem wurde ein Hautknoten und ein Stück eines Wurmstranges excidirt und in absolutem Alcohol aufbewahrt.

Bei der Section fanden sich Rotzknoten in den Lungen. Die linke Niere war in einen mit Flüssigkeit gefüllten Sack verwandelt, die rechte in starker Schrumpfung begriffen.

Die mikroskopische Untersuchung vom Verf. nach den Vorschriften von Koch ausgeführt, ergab im Blut ausser Bacillen noch Mikrokokken, theils einzelne, theils zu zweien oder auch in kleinen Haufen. Bacillen sowohl, als auch Mikrokokken fanden sich in den zu Lebzeiten des Pat. excidirten Hautstücken; ausser ihnen aber noch Sporen tragende Fadenbildungen und zwar in dem den entzündeten Lymphgefässen zunächst gelegenen Hautgewebe. Bacillen, Mikrokokken und Fadenbildungen fand Verf. weiter in der Leber, der Milz und Niere. In den Lungen fehlte die Leptothrixform, dafür waren aber die Bacillen und Mikrokokken sehr reichlich vertreten. D.

E. G. Johnson: Ein Beitrag zur Kenntniss der Nervennaht und Nerventransplantation. (Nord. medicinskt Arkiv. Bd. XIV. № 27.)

Vf. hat an Kaninchen, Hunden und Hühnern eine Reihe von Versuchen gemacht, um festzustellen, wann die Leitung durch den durchtrennten Nerven wieder hergestellt ist.

Die Trennung und die Sutur der Nerven wurden unter antiseptischen Cautelen ausgeführt, ebenso die Naht der Wunde.

Sollte die Leitungsfähigkeit der Nerven später geprüft werden, so wurde derselbe blosgelegt und oberhalb der Durchtrennungsstelle mit dem inducirten Strome gereizt, darauf ein Faden peripher von der Suturstelle geschnürt und die Prüfung nochmals vorgenommen. Nach der Prüfung der Erregbarkeit des Nerven wurde derselbe in Müller'scher Flüssigkeit erhärtet und mikroskopisch untersucht.

Bei der ersten Serie von Versuchen (16) wurde 9mal directe und 7mal indirecte Sutur angelegt. In keinem von diesen Versuchen konnte die Wiederkehr der Sensibilität nachgewiesen werden. Nur in 3 Fällen trat prima intentio nicht ein. Die Nervennarbe war immer spindelförmig und theils gelblich, theils röthlich gefärbt. Bei diesen Versuchen stellte sich heraus, dass es gleich*gültig war, ob* die directe oder die indirecte Sutur angelegt worden war und dass die Leitung in den motorischen Bahnen beim Kaninchen am 40., beim Hunde am 31. und beim Huhn am 25. Tage wieder hergestellt war. Schon früher, ehe die Leitung durch den Inductionsstrom nachgewiesen werden konnte, zeigte die mikroskopische Untersuchung amyeline Nervenfasern in der Narbe. Am 60. Tage waren die Nervenfasern in der Narbe schon deutlich markhaltig. Die mikroskopische Untersuchung stellte fest, dass das periphere Nervenstück nach der Trennung vollständig degenerirte, während das centrale Stück nur in der unmittelbaren Nähe des Schnittes dieselben Veränderungen zeigte. Wurden die Nerven nach der Trennung nicht vernäht, so wurde die Narbe länger und zeigte am 50. und 60. Tage dasselbe Aussehen, wie in den genähten Fällen am 30. und 40. Tage, nur fanden sich in den nicht genähten Fällen am 60. Tage auch schon markhaltige Nervenfasern in der Narbe. Die Regeneration geht nach J. nur vom centralen Ende aus und das periphere Stück dient nur zur Leitung für die jungen Nervenfasern. Vf. giebt im Ganzen der indirecten Naht den Vorzug vor der directen, weil sie schonender ist.

In 3 Fällen hat J. die Nerventransplantation ausgeführt und gefunden, dass am 23., 28. und 34. Tage die Leitung noch nicht wiederhergestellt war. Die Degeneration und Regeneration der Nervenfasern nach der Transplantation war ganz wie bei der einfachen Trennung und Vernähung der Nerven, und das transplantirte Stück verhielt sich ganz wie das periphere Stück bei der einfachen Trennung.

Vf. glaubt, dass in Fällen, wo die Enden des durchtrennten Nerven sehr weit auseinander stehen, die Nerventransplantation mit Nutzen vorgenommen werden könnte. Fr.

E. Brussilowski (Odessa): Ein Fall sehr wahrscheinlicher Uebertragung des Flecktyphuscontagium vermittelst Kuhmilch. (Wratsch № 2).

Verf. beobachtete in der Nähe von Odessa auf einer Farm eine kleine Hausepidemie von Flecktyphus (4 Patienten) deren Entstehung er darauf zurückzuführen sucht, dass kurz vorher ein alter Misthaufen in der Nähe des Hauses aufgerührt und zur Düngung eines Feldes benutzt wurde. Gleichzeitig hatte Verf. auf c. 1 Stunde Entfernung von der Farm eine Abdominaltyphuspatientin, die 8 Tage nachdem sie fieberfrei, wiederum Fieber und ein Exanthem bekam. Es erwies sich, dass diese Patientin die ganze Zeit Milch consumirt, welche aus der oben genannten Farm bezogen wurde (die Argumente des Verf. sind nicht gerade sehr überzeugende. Ref.) P.

Satlow: Ueber Behandlung der Diphtherie mit Terpenthinöl. (Jahrb. für Kinderheilk. XX B. 1. H.)

S. hat mit obigem Mittel 43 Kranke, darunter 8 Erwachsene und 35 Kinder behandelt. Davon starb nur ein 5 jähriges Kind (am 16. Krankheitstage an Herzlähmung), was eine Mortalität von ungefähr $2^1/_2$ % ergiebt, oder berücksichtigt man die Kinder allein, so beträgt dieselbe ungefähr 3 %. Obige Beobachtungen beziehen sich nur auf die eigentliche Diphtherie, was dagegen die sogenannte Scharlachdiphtherie anbelangt, so hat Verf. darüber keine Erfahrungen. Unter 42 geheilten Fällen befanden sich folgende Complicationen: 3 Mal Kehlkopfdiphtherie, 3 Mal Nasendiphtherie, 1 Mal anhaltende Albuminurie [1]), 6 Mal vorübergehende Albuminurie, 1 Mal Hämaturie, 4 Mal diphtherische Lähmungen.

Daraus ergiebt sich, dass grade die Complicationen seitens der Nieren die häufigsten waren (in 8 Fällen oder 16 %). Alle diese Fälle heilten nach Aussetzen des Mittels. Ob dieselben von der Therapie abhängig waren, lässt Verf. unentschieden, da bekanntlich im Verlauf der Diphtherie die Nierenaffectionen gar nicht selten sind. Die 3 Fälle von Kehlkopfdiphtherie hatten auch einen günstigen Ausgang (ohne Tracheotomie). Die übrigen Complicationen verliefen ebenfalls günstig. Ausser Ol. terebinth. wurde auch die bei Diphtherie sonst übliche Behandlung angewandt. Was die Dosis des Mittels anbelangt, so wurden ziemlich grosse Quantitäten desselben gegeben und zwar Kindern unter 5 Jahren ein Theelöffel, älteren Kindern ein Dessertlöffel und Erwachsenen ein Esslöffel zwei Mal täglich verordnet. Zum Nachtrinken gab man reichliche Mengen Milch oder Wein, die Gesammtdosis betrug bei Kindern 15 Grm., bei Erwachsenen 25—30 Grm. Ausgesetzt wurde das Mittel nach eingetretener Besserung und ausserdem bei dem ersten Anzeichen einer Strangurie. Nach Einnehmen des Mittels klagten die meisten Pat. über etwas Brennen im Halse, Magendruck und es erfolgten häufige nach Terpenthinöl schmeckende und riechende Ructus. Zuweilen trat auch Erbrechen ein. Letzteres wurde später dadurch vermieden, dass man Terpenthinöl zusammen mit Aether sulph. eingab (und zwar 1 Grm. Aeth. sulph. ad 15 Grm. Ol. terebinth). Einige Stunden nach dem Einnehmen erfolgten eine oder mehrere nach T.öl. riechende Stühle. Was die Wirkung des Mittels auf den diphtherischen Process anbelangt, so verschwindet vor Allem der Fötor ex ore, sogar bei gangränösen Formen. Die Beläge quellen auf und werden lockerer. Die Submaxillardrüsen schwellen ab und verlieren ihre Empfindlichkeit. Auch die subjectiven Beschwerden seitens des Pharynx werden geringer und nach 3—4 Tagen reinigt sich letzterer vollständig. Auf das Fieber hat die obenerwähnte Behandlung gar keinen Einfluss. N. E.

[1]) In diesem Falle, wie in allen übrigen Fällen von Albuminurie war kein Oedem vorhanden.

St. Germain: Tumeurs malignes de l'enfance. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Janvier 1883).

Bösartige Geschwülste sind im Kindesalter nicht selten. Schon Lebert hatte im Jahre 1851 15 Fälle von Krebs im Kindesalter gesammelt (s. traité pratique des maladies cancereuses). Duzan hat in seiner im Jahre 1876 erschienenen Dissertation 182 Fälle von malignen Tumoren in diesem Alter gesammelt. Im Kindesalter kommen 3 Arten von bösartigen Tumoren vor und zwar Carcinome (fung. medullaris), Sarcome (kleinzellige) und Papillome (Hauptlocalisation in der Blase). Was letztere anbelangt, so ist ihre histologische Natur noch nicht entschieden, dagegen ihrem klinischen Verlaufe nach, können sie den Carcinomen zugezählt werden. Ueber die Localisation letzterer lässt sich Folgendes sagen: häufig sind die Carcinome der Dura mater und des Auges. Von den inneren Organen werden am häufigsten von dieser Neubildung die Nieren befallen. Ausserdem hat man schon Carcinome der Prostata und der Zunge beobachtet. Am seltensten sind die der Tonsillen. Was das Alter der Kinder betrifft, so gehörten, von 100 Fällen 52 dem von einem Tage bis zum 4. Lebensjahre (incl.) an; vom 4.—15. Lebensjahre (incl.) bleibt sich die Zahl der Erkrankungen, für jeden Jahrgang, so ziemlich gleich (nur zwischen dem 6.—7. Jahre scheint eine Zunahme stattzufinden). Dagegen nimmt die Zahl der Erkrankungen im Alter zwischen 15—17 Jahren zu. Auch beim Fötus hat man schon Carcinome beobachtet. Die Sarcome kommen im Kindesalter etwas seltener vor, als die Carcinome. Ihren Lieblingssitz bilden die Extremitäten und auch innere Organe, so z. B. die Bauchhöhle, wo sie, vom Peritonäum, am häufigsten aber vom Retroperitonäum ausgehen. Ihrem makroskopischen Aussehen nach unterscheiden sie sich wenig von Medullarcarcinomen. Auch bei neugeborenen Kindern hat man sie bereits beobachtet. St. G. hat bei einem Kinde unmittelbar nach dessen Geburt am Vorderarm eine bösartige Geschwulst (von der Grösse einer Haselnuss) constatirt. Charon in Brüssel beobachtete bei einem neugeborenen, aus einer gesunden Familie stammenden Mädchen eine sarcomatöse Geschwulst (wo? Ref.) von der Grösse eines Hühnereies. Das männliche Geschlecht scheint zu bösartigen Tumoren besonders disponirt zu sein (bei Duzan 60 Knaben und 32 Mädchen). Die bösartigen Geschwülste haben im Kindesalter einige Eigenthümlichkeiten, die sich folgendermaassen formuliren lassen: 1) die Heredität schien in den meisten Fällen ganz zu fehlen; 2) die, diesen Neubildungen eigene Cachexie fehlte, trotz der bedeutenden örtlichen Zerstörung; 3) der Verlauf der Krankheit war ein im höchsten Grade rapider und 4) zuweilen schienen die Tumoren spontan eine regressive Metamorphose einzugehen. Dem Text sind 5 Krankengeschichten beigegeben. N. E.

A. Wiebe: Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des Hypnotismus. (Berl. kl. Wochenschr. 1884. № 3).

Verf. hat auf der Freiburger Klinik verschiedene Nervenkrankheiten durch Hypnotisation des Kranken behandelt und in vier Fällen deutliche Heilerfolge erzielt.

Im 1. Fall handelt es sich um ein 24-jähriges Mädchen das nicht frei von hysterischen Erscheinungen war und 10 Wochen vorher plötzlich beim Heben eines schweren Gegenstandes von einem intensiven Schüttelkrampf der ganzen rechten oberen Extremität befallen wurde. Gleichzeitig Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und auf der Rückenfläche der rechten Hand ein thalergrosser anästhetischer und analgetischer Bezirk. Die Krämpfe im Arm dauern Tag und Nacht und schwinden blos während der kurzen Perioden des Schlafes. Nachdem die Anästhesie durch Metalloskopie ohne Transfert beiseitigt worden war, wurde Pat. an zwei Tagen hypnotisirt, wobei Unfähigkeit die Augenlider und Kiefer zu bewegen eintrat, ohne dass das Bewusstsein verloren gegangen wäre. Seit der Zeit hörten die Krämpfe auf; ein Recidiv das nach drei Monaten eintrat, wurde gleichfalls durch einmaliges Hypnotisiren beseitigt.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 20-jähriges Mädchen, das an hystero-epileptischen Anfällen und krampfhaften Zuckungen in beiden Schultern litt; durch die Hypnose wurden die Zuckungen beseitigt, jedoch immer nur auf einige Tage, wonach sie in alter Stärke wieder auftraten.

Der 3. Fall täuschte anfangs eine organische Erkrankung des Rückenmarks vor, (spastischer Gang, Rückenschmerzen, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, Gürtelgefühl etc.); als aber plötzlich linksseitige Hemianästhesie und -Analgesie und eine ophthalmoskopisch nicht zu erklärende Einschränkung des Gesichtsfeldes hinzu kam, wurde es doch wahrscheinlich, dass es sich um eine hysterische Affection handle, obgleich im sonstigen Verhalten der Pat. sich keinerlei Anhaltspuncte für diese Annahme finden liessen.

Metalloskopie und Strychnininjectionen blieben ohne Wirkung. Durch die Hypnotisirung wurden geringe kataleptische Symptome hervorgerufen und sofort nach Aufhebung der Hypnose war an allen denjenigen, vorher anästhetischen Hautpartien die Sensibilität wieder hergestellt, welche von der streichenden Hand des hypnotisirenden Arztes berührt worden waren. Nach vier Sitzungen ward Pat. sehr gebessert entlassen; fast alle Symptome waren geringer geworden, nur das linke Bein blieb anästhetisch. Im Verlauf der folgenden zwei Monate erfolgte auch ohne Behandlung eine weitere spontane Besserung, nur blieb das linke Bein analgetisch und anästhetisch. Es wurde nun beim Hypnotisiren über die Gegend des rechten Occipitallappens mit der Hand hingefahren, ohne jedoch Haut oder Haar zu berühren und nach drei Minuten ergab die Untersuchung das Zurückgekehrtsein der Tastempfindung, aber Fortbestehen der Analgesie im linken Bein; in den folgenden drei Wochen schwand auch die letztere ohne Behandlung.

4. Fall: Ein 16-jähriges nicht hysterisches Mädchen acquirirte in Folge einer Erkältung eine rechtsseitige Supraorbital- und linksseitige Brachialneuralgie, gegen die Chinin, Galvanisation, Blasenpflaster vergeblich angewandt wurden. Gleich die beiden ersten Hypnotisirungen hoben die neuralgischen Schmerzen auf, allein Pat. ist danach unbesinnlich, taumelt wie trunken und ist in ihrem psychischen Verhalten stark alterirt, lacht unmotivirt und redet zusammenhangslos. In einer Woche lässt dieser Zustand nach und Pat. wird gesund entlassen.

In drei anderen Fällen (hysterisches Erbrechen und anhaltende Kopfschmerzen) wurde die Hypnose vergeblich angewandt. Der vierte referirte Fall zeigt übrigens, dass die Hypnose auch schlimme psychische Folgen haben kann, und dass dieselbe stets mit Vorsicht und nur auf ärztliche Anordnung angewandt werden soll.

D—o.

W. Müller: Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Knochen- und Gelenkaffectionen. (Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 3).

In Bezug auf die gen. Frage hat Verf. Präparate der Göttinger Klinik durchmustert, meist gelang es ihm in den tuberculösen Massen der Knochen und Gelenke Tuberkelbacillen nachzuweisen, jedoch oft in sehr geringer Anzahl und manchmal fand er garkeine. Wichtig ist, dass er die Bacillen in einem frischen Falle von tuberculöser Coxitis in sehr grosser Anzahl sah. Es ist eben nicht bekannt, eine wie lange Lebensdauer der Bacillus hat, ob nicht Tuberkel auch ohne Bacillen bestehen können. Verf. erinnert hier auch an die vielfachen spontanen Heilungen tuberculöser Affectionen. Verf. konnte sich nicht davon überzeugen, dass die Riesenzellen, die zahlreich in den Tuberkeln vorhanden waren, als Sitz der Bacillen bevorzugt wären. T.

E. Tscherning: 2 Fälle von Ileus veranlasst durch seltene Missbildungen. (Nord. med. arkiv. Bd. XV № 9).

Bei einem 56-jährigen Arbeiter, welcher früher immer gesund gewesen, stellten sich die Erscheinungen einer inneren Einklemmung ein und wurde deswegen die Laparotomie gemacht, doch gelang es nicht die Ursache der Einklemmung nachzuweisen. Die Incarcerationserscheinungen dauerten nach der Operation fort und am 3. Tage nach der Laparotomie starb der Pat. Bei der Section fand man Peritonitis, ausserdem aber eine angeborene Lage-Anomalie des Darms. Das Colon ascendens und das Coecum lagen in der Mittellinie des Körpers und hatten ein sehr langes Mesenterium; weiterhin verlief das Colon in der Richtung gegen den untersten Brustwirbel und trat durch das Mesenterium des Dünndarms hindurch. Die Dünndärme lagen zu beiden Seiten und nach oben vom Colon ascendens und hielten dieses in der bei der Section gefundenen Lage. Wurden die Dünndärme entfernt so fiel das Col. ascend. mit dem Coecum in die rechte Foss. iliaca. Brachte man den Darm in die bei der Section gefundene Lage, so konnte der Inhalt aus dem Col. ascen. nicht in das Col. transversum passiren, wohl aber wenn das Coecum und Col. transvers. nach rechts verschoben wurden. Verf. glaubt, dass die Incarcerationserscheinungen in Folge von Hinüberrücken der Dünndarme nach rechts entstanden seien. Im Anschluss an diesen Fall erwähnt T. noch eines Falles von vollständiger Linkslage des Coecums und des Dickdarms. Der 2. Fall von Ileus betrifft ein ausgetragenes, gut entwickeltes Kind, welches unter diesen Erscheinungen zu Grunde ging. Während des Lebens konnte keine sichere Diagnose über die Art der Darmocclusion gestellt werden, nur Atresia ani und recti wurden ausgeschlossen. Bei der Section constatirte T. 30 Cent. über der Ileocoecalklappe, im Mesenter. des Dünndarms eine runde, 5 Ctm. im Durchmesser haltende cystische Geschwulst. An derselben Stelle fand sich ausserdem eine Achsendrehung, so dass der Darm mehrere Mal um die Basis der Cyste gedreht erschien. Die Cyste hing mit dem Darm durch einen ½ Ctm. dicken Strang zusammen. Die Cystenwand war durchscheinend dünn und zeigte vollständig den Bau der Darmwand, nur fehlten Drüsen vollständig. Der Cysteninhalt war hell und colloid. Verf. glaubt, dass diese Cyste ein abnorm gelagerter Meckelscher Divertikel sei, welcher cystisch entartet. Fr.

M. Maschkowski (Kijew): 1 Fall von Malleus beim Menschen. (Wratsch №№ 3 und 4).

Am 24. Dec. 1882 wurde der Kosak M. ins Militärhospital aufgenommen. Seit 3 Tagen leidet er an Kopfschmerzen und Abgespanntheit. Temp. 38,7. Ab — 40,2. Es wird an eine Infectionskrankheit gedacht, deren Character jedoch beim Mangel aller objectiven Erscheinungen nicht festgestellt werden kann. Das Fieber dauert in derselben Weise bis zum 4. Januar, wo Abends starkes Nasenbluten auftritt, am folgenden Morgen 39,5 und am inneren Winkel des linken Auges Röthung und Oedem der Haut. Ab. 39,8. Am Tage darauf Chemosis und Ausbreitung der Röthung auf die Nase und rechte Wange. An der Stelle der ersten Röthe ein erbsengrosser derber Knoten, desgleichen auf der Brust und den Oberarmen. Von da ab treten unter hohem Fieber schnell nach einander rapid zerfallende Knoten an verschiedenen Stellen der Haut auf. Am 6. Jan. steht die Diagnose Malleus fest. Es erweist sich nun, dass Pat. ein rotzkrankes Pferd besessen. Am 7. Jan. eitriger, übelriechender Ausfluss aus der Nase. Die characteristischen Bacterien können nicht nachgewiesen werden. Collaps. Am 9. Jan. Tod.

Bei der *Section* findet man in den Muskeln der oberen Extremitäten hirse- bis nussgrosse Eiterherde. In einem Handgelenk die Synovialmembran geschwellt, die Synovia vermehrt, trübe. In der Lunge eine Reihe von Knoten und kleinen Eiterherden. Die Milz wenig vergrössert. Leber und Nieren parenchymatös degenerirt. P.

Hesselbarth: Beitrag zur Kenntniss der malignen Complicationen von Scarlatina. (Archiv für Kinderheilk. V. B. 3. u. 4. H.)

Verf. hat seine Studien an dem Material des Berl. pathol. Instituts gemacht und hat zu diesem Zweck die Sectionsprotocolle (14,000 an der Zahl) von einem Zeitraume von 25 Jahren (v. 1858 —1882 incl.) benutzt. Die Zahl der während dieser Periode zur Section gekommenen Scharlachfälle betrug 81, was ungefähr 6 pro Mille, oder etwa ½ % ausmacht. Beide Geschlechter scheinen dieselbe Disposition zu dieser Krankheit zu besitzen. Unter den Verstorbenen befanden sich 8½—9 % von Tuberculose (trotz gegentheiliger Behauptung von Rilliet und Barthez). Was das Alter betrifft, so gehörten 59 Fälle (c. 74 %) dem 1. und nur 22 Fälle (c. 26 %) dem 2. und 3. Jahrzehnt an. Unter den einzelnen Jahrgängen steht das 5. Lebensjahr obenan und zwar mit 17 unter 81 Fällen, dann folgt das 7. Jahr mit 10 Fällen. Das erste Lebensjahr blieb dagegen ganz verschont. Das Verhältniss der Zahl der Todesfälle im Alter zwischen 1—15 Jahren zu der des Alters von 15 —30 Jahren, ist wie 7 : 1. Die meisten Todesfälle fanden im Herbst statt. Was die Complicationen anbelangt, so waren die der serösen Häute sehr häufig. Obenan stand die Pleuritis (meistens sero-fibrinosa, selten hämorrhagica). Dieselbe betrug 5 %. Ebenso häufig war die Synovitis purulenta verschiedener Gelenke. Dann folgten die Pachymeningitis fibrinosa universalis (2 Mal), Pericarditis serofibrinosa (2 Mal vereint mit Pleuritis) und Peritonitis (ebenfalls 2 Mal constatirt und zwar 1 Mal P. acuta purulenta und 1 Mal hämorrhagica). Häufig waren submiliare Hämorrhagien, die Verf. auf eine Erkrankung der Blutgefässe bezieht und zwar fand man dieselben im Darm (Haut und Muskelscheide), in der Pleura, dem Pericardium (im letzteren wurde sogar 1 Mal eine Ecchymose constatirt). Diphtherische Entzündungen der Haut und der Schleimhäute wurden in 40 Fällen (50 %) constatirt; dieselben betrafen hauptsächlich den Pharynx und die Tonsillen. Nicht selten fand man auch den Larynx, die Nasenhöhle, die Conjunctiva und auch die Tracheotomiewunden diphtherisch afficirt. Seltener wurden diphtherische Geschwüre der Magenschleimhaut constatirt. Als sehr seltene Complicationen hat man Diphtheria ventriculi und endlich Colpitis und Cystitis diphtherica, je 1 Mal, constatirt. Auch catarrhalische Affectionen des Respirationstractus waren nicht selten (25 %) und ebenso häufig waren die des Digestionstractus. Dagegen waren die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane verhältnissmässig selten. Was die Entzündungen der Respirationsorgane anbelangt, so wurden 7 Mal Bronchopneumonien und 13 Mal fibrinöse Pneumonien beobachtet (25 %). Was die Baucheingeweide anbelangt, so fand man in 20 Fällen (25 %) parenchymatöse Hepatitis und 40 Mal eine Milzvergrösserung (50 %), davon in 8 Fällen Herderkrankungen. Am häufigsten von allen Eingeweiden waren die Nieren afficirt (Nephritis postscarlatinosa kam hierbei gar nicht in Betracht). Acute parenchymatöse Nephritis war ein fast constanter Sectionsbefund. Ausserdem fand man in 6 Fällen acute hämorrhagische parenchymatöse Nephritis, ferner mit der einfachen Nephritis combinirt 5 Mal (7 %) N. interstitialis (davon 2 Mal die eiterige Form). 8 Mal war die Nephritis mit Dilatatio et Hypertrophia cordis und gleichzeitig mit Ergüssen der serösen Häute complicirt. Parenchymatöse Erkrankungen der Digestionsorgane waren auch nicht selten, so constatirte man Adenitis linguae (1 Mal), Pharyngitis und Tonsillitis phlegmonosa (10 %), P. und T. gangraenosa (2½ %) und endlich Gastro-enteritis follicularis und Gastro-adenitis parenchymatosa. Sehr häufig wurden die Erkrankungen der Lymph- und Speicheldrüsen mit phlegmonösem Character beobachtet. Ausserdem waren Phlegmonen und Abscesse der äusseren Haut nicht selten. Was die Sinnesorgane anbelangt, so hat man 1 Mal eine ulceröse Hornhautentzündung constatirt, aber niemals eine Otitis beobachtet. N. E.

P. S. Jewsejenko: Ueber die Nachbehandlung bei Lithotomien. (Med. Westn. № 5, 6.)

Vf. referirt über 9 vom ihm ausgeführte seitliche Lithotomien (8 Knaben von 2—13 und 1 Frau von 45 Jahren), die trotz unglücklicher Zufälle bei der Operation (2 Mal starke Contusionen beim Entfernen der Steine, 1 Mal Verletzung des Mastdarms) und trotz Vernachlässigung der antiseptischen Cautelen (Tamponade der frischen Wunde einfach mit einem Schwamm für 24—48 Stunden, dann Waschungen mit Seifenwasser od. einer Lösung von Kali hypermang., 2 Mal täglich ausgeführt seitens der Umgebung des Kranken), vom besten Erfolg gekrönt waren. Diesen schreibt er aber nur dem Einfluss seiner Nachbehandlung zu. Diese ist aber nicht allein eine solche, sondern zugleich eine Vorbereitungscur. Der Harn von Steinkranken zersetze sich schnell, auch wenn er sauer reagire, und übe als solcher den ungünstigsten Einfluss auf die frische Wunde, die man durch Antiseptica zu vermindern suche. Vf. glaubt nun im Hinblick auf seine Resultate ein Mittel, das die üblen Eigenschaften eines solchen Harnes eliminire, ferner die Harnmenge vergrössere und auch bei langem Gebrauche unschädlich sei, in der Magnesia borocitrica, die von Kochler schon gegen Harnsteine angerathen sei, gefunden zu haben. Jewsejenko wendet die Magn. borocitr. einmal als Injection in den Harn, dann aber auch innerlich an (Rp. Magn. borocitr. ℥jj, Aq. dest. ℥v, Ds. 5 Mal tägl. 1 Theelöffel voll — bei Kindern), und beginnt die Cur 5—6 Tage vor der Operation, mit welcher Zeit schon sich der günstige Einfluss einzustellen pflege. Eine weitere günstige Nebenwirkung trete noch ein dadurch, dass die bei Blasenleiden auftretenden Katarrhe des Darmtractus durch den Gebrauch des Mittels auch schnell sich besserten, ja schwänden. N.

F. Kammerer: Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. (Centralbl. f. Chirurg. 1884, N. 4.)

In der Klinik zu Freiburg beobachtete Verf. zwei Fälle von gonorrhoischer Gonitis. In beiden Fällen war der Gelenkinhalt stark eitrig getrübt, in einem wies Verf. in der Gelenkflüssigkeit Mikroorganismen nach, die in jeder Beziehung den von Neisser beschriebenen Tripperkokken glichen. Da durch die Punction in demselben Falle die Gonitis noch nicht coupirt war, musste 18 Tage nach Beginn derselben incidirt werden. Das nun entleerte Exsudat liess keine Kokken mehr finden. Im zweiten Falle war das Exsudat mindestens 5 Tage alt und enthielt keine Kokken. Wie Verf. angiebt, hat Petrone zweimal bei gonorrhoischer Arthritis specifische Kokken in der Gelenkflüssigkeit gefunden, das Exsudat war aber 3, resp. 5 Tage alt. Es scheint dem Verf. wahrscheinlich, dass die vielfachen negativen Befunde anderer Autoren darin begründet sein können, dass das untersuchte Exsudat schon zu alt war und die Mikroorganismen vielleicht schon abgestorben waren. T.

P. Miljanitsch: Zur Diagnose der Darmperforation im Typhus abdominalis. (Dissertation. Würzburg 1884. 18 pag.)

Bekanntlich ist es sehr schwer, die Darmperforation von Peritonitis ohne Continuitätstrennung, wie sie bei Abdominaltyphus nicht ganz selten vorkommt, zu unterscheiden. Tchudnowski, Sommerbrodt und E. Mayer haben je 1 Fall beschrieben, wo sie die Perforation auf auscultatorischem Wege diagnosticirten. Man hörte nämlich in diesen Fällen synchronisch mit der Respiration gurgelnde oder amphorische Geräusche. Vf. ist nun in der Lage, einen 4. Fall zu beschreiben, den er auf Prof. Gerhardt's Klinik beobachtet und in welchem am Ende jeder Inspiration die Auscultation des Unterleibes «*hohes metallklingendes, grossblasiges Rasselgeräusch*» ergab. Die Section bestätigte die diagnosticirte Darmperforation. P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

August Schreiber: Zur Lehre von complicirten Luxationen und deren Behandlung. Tübingen 1883. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Die Lehre von den complicirten Luxationen und deren Behandlung hat in letzter Zeit nicht viel Bearbeitung gefunden und ist deshalb die Mühe des Autors in diesem etwas stiefmütterlich behandelten Capitel der Chirurgie, das bisher Geleistete zusammenzutragen und zu ordnen, gewiss sehr dankenswerth. Dass die Lehre vom Mechanismus der Luxationen ganz weggelassen worden, gereicht dem Buch gewiss nicht zum Vorwurf, denn dieser Gegenstand ist vielfach und gerade neuerdings wieder nochmals bearbeitet worden, so dass sich in dem Gebiet wenig Neues bieten liesse. Anders liegt es in Betreff der Casuistik, Prognose und Therapie der complicirten Luxationen, hierin ist neuerdings wenig geboten worden. Verf. hat nun eine recht zahlreiche Casuistik der alten und neuen Zeit zusammengetragen; zum Theil ausführlich reproducirt und einen hübschen Ueberblick gegeben über die Stellung, welche die Chirurgen zu verschiedenen Zeiten in Prognose und Therapie zu den offenen Verrenkungen einnahmen. Es ist höchst lehrreich und anziehend, an der Hand des Autors die Wandlungen zu verfolgen, die die Anschauungen der Chirurgen in diesem Gebiet durchgemacht haben (absolutes Zuwarten, Amputation, Resection, Einrichtung mit vollständigem Conserviren) und wie alle bisherigen Vorstellungen und Maximen der Therapie radical geändert und umgestürzt wurden durch die Einführung der Antiseptik in die Wundbehandlung. Obgleich in letzterer Zeit mit den früheren Anschauungen radical gebrochen ist, scheint es durchaus nützlich, sich historischen Rückblicken, wie sie das vorliegende Buch enthält, nicht zu verschliessen, es ist deshalb das letztere der Lecture der Collegen gewiss warm zu empfehlen, zumal es ja den gegenwärtigen Stand der Therapie vollständig und klar vertritt. T.

K. Stahl: Geburtshülfliche Operationslehre. F. Enke, Stuttgart 1883, II. Aufl.

In kurzer, knapper Weise giebt Verf., allmälig von den weniger eingreifenden zu den ernsteren Operationen übergehend, seine wohl ausnahmslos zu empfehlenden geburtshülflichen Manipulationen an. Mit grösster Klarheit und Präcision werden die Indicationen, die Vorbereitungen, die verschiedenen Ausführungsarten der einzelnen Operationen gegen einander gehalten, wobei noch fast jeder einzelnen eine kurze, historische Uebersicht ihrer allmäligen Entwickelung, Ausbildung und Vervollkommnung vorhergeht. Zum Schluss eines jeden Abschnittes giebt denn Verf. zugleich mit der Prognose noch ein sog. «Sündenregister», auf das wir noch besonders aufmerksam machen möchten, da ja das Uebersehen einzelner Vorsichtsmaassregeln gerade in der Geburtshülfe die bedenklichsten Folgen für Mutter und Kind haben kann. Zu bedauern ist nur, dass dem sonst vortrefflichen Handbuch kein alphabetisches Sachregister beigegeben ist, wodurch natürlich das Nachschlagen bedeutend erleichtert würde. Die Ausstattung ist eine recht gute. S.

Skalosubow: Leitfaden der Elektrotherapie; die Anwendung der Elektricität auf Diagnose und Therapie der Nervenkrankheiten. II. Aufl. mit 10 Holzschnitten nach Ziemssen. Moskau, Wassiljew 1884. IV. II. 3. 352 8°.

Es ist heutzutage ein Wagniss ein Handbuch der Elektrotherapie zu schreiben, nachdem das klassische Erb'sche Werk erschienen ist. Der Verfasser hat seine Aufgabe, einen Leitfaden für praktische Aerzte zu geben, indessen recht gut gelöst, die einzelnen Abschnitte über Elektrophysiologie, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie sind gleichmässig und klar abgefasst und stützt sich der Autor bei seinen Auseinandersetzungen auf eine eigene reiche Erfahrung; das Buch liest sich mit Vergnügen, doch steigen dabei einige Bedenken auf. Wenn Verf. in der Einleitung sagt, dass man bei elektrodiagnostischen Untersuchungen ausschliesslich den inducirten Strom benutzen solle, weil der Batteriestrom unsichere Resultate gebe, so meinen wir, dass eine solche Ansicht wohl zu Duchenne's Zeiten, aber nicht heutzutage zulässig sei. Die ganze wichtige Frage von der Entartungsreaction kann unserer Ansicht nach in vorliegenden Fällen nur durch die Reaction der Muskeln auf den constanten Strom entschieden werden, denn die faradische Entartungsreaction kommt doch zu selten vor, als dass man sie zu Diagnosen verwenden könnte. Dieses wäre der Haupteinwand gegen Verf. Ansichten; es erübrigt noch, auf einige geringere Dinge aufmerksam zu machen, welche bei der Herausgabe einer dritten Ausgabe zu berücksichtigen wären. So fehlen S. 104 Angaben über die Untersuchungen von Tschirjew, Drosdow und Rybalkin über die elektrocutane Sensibilität, S. 128 sind die praktischen portativen trockenen Trouvé'schen Elemente nicht angegeben, S. 123 fehlt das unentbehrliche Erb'sche Galvanometer, auf der Tafel mit den motorischen Puncten für Kopf und Hals vermissen wir den Erb'schen Punct. Ferner fragt es sich, zu welchem Zweck Dr. S. die von Drosdow acceptirte, von Brenner eingeführte lateinische Bezeichnung der Reactionsformeln (Ka SZ etc.) durch russische ersetzt hat? Wir sehen keinen Nutzen darin, sondern nur den Nachtheil, dass z. B. ein Student, der Drosdow und Skalosubow studirt, zwei Arten Formeln behalten muss. Ferner vermissen wir die in praxi wichtige Thatsache, dass die Wirkung des inducirten Stroms auf Nerv oder Muskel durch vorangehende Reizung durch den constanten Strom erhöht wird. Hz.

Auszug aus den Protokollen praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 26. Januar 1883.

Dr. Lenz führt nochmals in extenso aus, dass nach Abfluss des Fruchtwassers ein Druck auf den Fundus uteri die Spannung des Cervicaltheils herabsetzen müsse, somit einer drohenden Ruptur dadurch in keiner Weise Vorschub geleistet werden könne — welcher Ausführung Dr. Hach sich anschliesst.

Dr. Rulle bemerkt, er verwerfe die Ausübung des besprochenen Druckes bei drohender Ruptur, weil sie Veranlassung zu verstärkten Contractionen des Uterus gebe.

Dr. Schmidt stellt im Auftrage von Dr. Hampeln zwei nach Anlegung einer Brustfistel geheilte Fälle von Empyema pleurae vor und bespricht kritisch mehrere Methoden der Empyembehandlung (s. die Inauguraldissertation des Vortragenden).

Dr. Schmidt berichtet über zwei Fälle von Aortenaneurysma, die im allg. Krankenhause zur Beobachtung kamen. In beiden Fällen veranlassten das alleinige Hervortreten von Drucksymptomen die Annahme von Tumoren im Interpleuralraum.

Dr Schmidt über einen Abdominaltumor, der bei einer 19-jährigen Frau mit manifester Lungenphthise im allg. Krankenhause beobachtet wurde. Die mannsfaustgrosse, höckerige Geschwulst lag tief im linken Hypochondrium, war schmerzlos, fest sitzend, mit den Bauchdecken in keiner Verbindung. Die Diagnose Tumor lymphaticus abdom. wurde durch die Section bestätigt, und legt Vortragender der Gesellschaft die aus conglobirten verkästen Lymphdrüsen bestehende Neubildung vor.

Sitzung am 9. Februar 1883.

Dr. Hampeln demonstrirt in mehreren Exemplaren den nach seinen Angaben construirten Trokar zur Punction und Fistelbildung bei eitrigen Exsudaten der Pleurahöhle.

Dr. Hampeln berichtet über den Krankheitsverlauf und den Sectionsbefund des verstorbenen Collegen Wagner. Im Wesentlichen waren es die Erscheinungen gestörter Circulation und deren Folgezustände, an denen Wagner seit 1876 litt und an denen er zu Grunde ging. Besonders auffallend war das zeitweilige Auftreten von Meliturie, ohne Polyurie. Constante Albuminurie. Intra vitam wurde musculäre Insufficienz des Herzens angenommen, und ergab die Section: bedeutende Dilatation des Herzens, Musculatur des rechten Herzens hypertroph, makroskopisch das Bild fettiger Degeneration darbietend. Papillarmuskeln sehnig entartet. Nieren gross, hyperämisch.

Dr. Carlblom berichtet über günstige Erfahrungen bei Behandlung von Eczem mit dem von Unna empfohlenen Salbenmull. Es lege sich — und dies sei sehr wichtig — selbst an Stellen, wo sonst Pflaster schwer zu appliciren sind, sehr gut an. Mehrere Collegen können aus eigener Erfahrung dem beipflichten.

Dr. Hach berichtet: ein 6-wöchentliches Kind, zu welchem er gerufen worden, weil es gelähmt sei, wies Coryza und Pemphigus auf; der rechte Arm hing schlaff am Körper und konnte nicht bewegt werden; passive Bewegungen und Druck schmerzhaft. Aeusserlich war am Arm nichts Abnormes. Unter Calomelbehandlung war die Beweglichkeit des Armes in 8 Tagen wiederhergestellt und der Ausschlag geheilt. Ref. nimmt eine Periostitis des Oberarms mit besonderer Betheiligung der Epiphysen und daher gestörter Bewegung in den Gelenken an und betont die Seltenheit derartiger Fälle in der Literatur.

Dr. Carlblom erinnert sich Aehnliches gesehen zu haben. Dr. Holst erklärt sich die Lähmung und die Schmerzhaftigkeit der passiven Bewegungen dadurch, dass die Periostitis humeri eine Neuritis des Plexus brachialis erzeugt habe.

Dr. Gaethgens referirt: bei der Zangenapplication an den Kopf eines Kindes einer 34-jährigen I-para sei er auf einen Widerstand

gestossen: es gelang nicht, den Kopf vor die Vulva zu bringen. Bei der Digitaluntersuchung fand sich 6-malige Umschlingung der Nabelschnur um den Hals, nach deren Lösung das Kind leicht entwickelt werden konnte. Das Kind that nur einen Athemzug und liess sich nicht wieder beleben. Am Halse fand sich eine deutliche, wie bei einer Erdrosselung bräunlich verfärbte Druckmarke, welche durch die Zangentraction gewiss nur noch tiefer geworden war. Ref. betont das forensische Interesse derartiger Fälle.

Sitzung am 23. Februar 1883.

Dr. Worms verliest seinen angekündigten Vortrag: Zur Casuistik der Graviditas extrauterina.

Die 29jährige Frau, welche früher einmal normal geboren, einmal im dritten Monat abortirt hatte, war am 24. Mai 1881 zum letzten Mal menstruirt. Ende Juni nach starker Körperanstrengung einige Wochen anhaltende Erscheinungen von Perimetritis. Am 22. October erste Kindsbewegungen. Am 19. Februar 1882 leichte Wehen, welche nach zwei Tagen erlöschen. Am 20. Februar und an den folgenden Tagen einige eclamptische Anfälle. Die Untersuchung ergiebt: äusserlich nichts Abnormes; der Kopf des Kindes liegt schwer beweglich tief im Eingang des kleinen Beckens, nach links stärker das Scheidengewölbe füllend. Vaginalportion oder Muttermund sind weder beim Touchiren noch bei Untersuchung mit Sonde oder Speculum auch nur angedeutet nachzuweisen. Diagn.: Conglutinatio orificii externi uteri. Am 27. Februar beginnen schmerzhafte Wehen; am 5. März gelingt es eine Andeutung von Muttermundslippe zu fühlen, Kopf mehr in der Mitte des Beckeneingangs, ab und zu Wehen, Abdomen empfindlich. In den nächsten 5 Wochen nimmt Patientin sichtlich ab, ohne zu fiebern, der Leib ist weniger gespannt. — Im April entspricht die Grösse des sich zuweilen noch zusammenziehenden Fruchthalters dem 8. Monat. Vaginalportion deutlich; ihre Längsrichtung von oben nach unten und etwas rechts, der rechte Muttermundslippenwinkel lag hinter dem unteren Schossbogenrande. Gleichzeitig konnte zwischen den Labien ein ca. 1 Ctm. langer, scheinbar blind endender, nach oben hinter dem rechten Schossbein aufsteigender Canal erkannt werden, dessen Gang sich allmälig verlängerte (?). Am 10. April konnte eine Sonde vorsichtig 14. Ctm. vom äusseren Muttermund an gerechnet, in den Uterus eingeführt werden. Eine Leere desselben, die auf Extrauterinschwangerschaft hingewiesen hätte, konnte nicht constatirt werden. So musste die Diagnose zwischen «missed labour» und Extrauteringravidität offen bleiben; die frühere Annahme einer Conglutinatio orificii ext. war längst zurückgewiesen und Fixation des Uterus an der vorderen Bauchwand supponirt. Eine Herbeiführung der Ausscheidung der todten Frucht per vias naturales erschien unmöglich, der Bauchschnitt wurde als zu gefahrvoll für die heruntergekommene Patientin vorläufig abgewiesen und die Hoffnung auf Lithopaedionbildung der intra- oder extrauterin gelegenen Frucht gesetzt. Am 18. April begann unter Frostanfällen ein remittirendes Fieber, erschwerte Urinentleerung, zunehmende Schwäche. Vom 24. April an kein Fieber, aber elender Puls, Spannung und Empfindlichkeit des Abdomen, häufig Erbrechen, Patientin dringt auf operative Entfernung der Frucht. In der schwachen Hoffnung auf mögliche Hilfe für die bei expectativem Verhalten einem baldigen Tode verfallene Patientin wird die Operation beschlossen und am 28. April von Dr. Berg ausgeführt. Bei Ausführung des Bauchschnitts ergiessen sich sofort stark blutige Flüssigkeitsmassen, mit ihnen schnellt die gelöste Placenta aus der Schnittwunde; die nicht macerirte männliche Frucht liegt frei in der Bauchhöhle, wird schnell entfernt; Därme, von Theilen des Fruchtsacks und peritonitischem Ueberzug bedeckt, fallen nicht vor, liegen an Zwerchfell und seitliche Bauchwand gedrückt. Geringe Blutung durch Paquelin und Ligatur beseitigt. Drainage durch den unteren Wundwinkel und Scheide. — Ohne dass Fieber auftrat, starb Patientin nach 12 Stunden.

Die Section ergiebt: der 6 Ctm. lange Uteruskörper ist rechts von der Linea alba den Bauchdecken angeheftet, die 3½ Ctm. lange Vaginalportion berührt mit ihrem unteren Saum den Arcus pubis. Dicke Membranen überlagern die hintere Uterinwand und bilden weiter eine das grosse und kleine Becken einnehmende Höhle, während die Hauptmasse der Därme über diesem Diaphragma liegt. Tuben und Ovarien nicht zu entwirren. Ostia uterina der Tuben sind verlegt und absolut nicht nachzuweisen.

In der Epikrise bemerkt Dr. Worms, dass wenn auf die falsche Annahme einer Conglutinatio orificii ext. ein operativer Eingriff, Einschnitt auf den vorliegenden Kopf von der Scheide aus, gemacht worden wäre, durch eine vollständige Elytrotomie die Entbindung hätte bewerkstelligt werden können, wie sie von Keith und anderen angeführt werde.

Dr. Miram ist der Ansicht, dass der Bauchschnitt vorzuziehen gewesen wäre, weil bei dieser Operation eine etwaige Blutung schwerer übersehen und leichter gestillt werden könne.

Dr. Hach: er könne die von Dr. Worms in Rede gestellte Operation nur für extrauterine Früchte bis zum 6. Monat gelten lassen; für ausgetragene Früchte empfehle sich der Bauchschnitt, wie ihn Martin in Berlin übe; die Placentarstelle werde 4fach umstochen und dann die Placenta entfernt. (Dr. Brehm hat Prof. Martin eine derartige Operation ausführen gesehen.) Auffallend sei in dem vorliegenden Falle geblieben, dass während der Wehenthätigkeit keine Deciduafetzen ausgestossen wurden. Die Diagnose sei deshalb so schwierig geworden, weil durch die Fixation des Uterus an der vorderen Bauchwand abnorme Lageverhältnisse geschaffen waren. Sehr deutlich seien bei der Sondeneinführung Contractionen zu beobachten gewesen, die, vom Uterus ausgehend, sich auf den Fruchtsack übertrugen — welche Beobachtung Dr. Hübner bestätigt. Dr. Worms macht auf die Möglichkeit der Neubildung von Muskelfasern in der Subserosa des Fruchtsackes aufmerksam.

Sitzung am 16. März 1883.

Dr. Hampeln berichtet über die seit dem Januar c. epidemisch auftretende Febris recurrens nach den 80 bisher im allg. Krankenhause beobachteten Fällen. Besonders viel Kranke lieferte die Mitauer Vorstadt, und in ihr ein Haus allein 16 Fälle. Hospitalinfection wurde mehrfach beobachtet. Der Krankheitsverlauf bietet keine besonders bemerkenswerthen Erscheinungen; meist treten 3 Anfälle auf. Auffallend häufig waren in der Reconvalescenz, selbst bei eingehaltener Horizontallage der Patienten, auftretende Oedeme der Haut. Vortragender glaubt diese Erscheinung, ebenso wie die grosse Neigung zu Blutungen und profusen Schweissen auf eine durch das Recurrensgift bewirkte Erkrankung der Gefässwände zurückführen zu müssen. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes auf Spirillen ist im allgemeinen Krankenhause zu differentialdiagnostischen Zwecken mit Erfolg geübt worden.

Auf Anfrage des Präses berichten einige andere Collegen über wenige ausserhalb des Krankenhauses beobachtete Fälle von Recurrens.

Sitzung am 30. März 1883.

Dr. Krannhals demonstrirt folgende pathologisch-anatom. Präparate aus dem allgemeinen Krankenhause:

a) Eine kirschgrosse Echinokokkusblase der Leber, zufälliger Befund bei einem Phthisiker.

b) Ein frischentstandenes Aneurysma dissecans des aufsteigenden Aortentheils.

c) Den Magen eines Mannes, der nach Genuss von Schwefelsäure einer corrosiven Gastritis erlegen war.

Dr. Berg demonstrirt den Darm eines 5-monatl. Kindes, welcher vollständige Invagination des Colon transversum in das C. descendens aufweist.

Dr. Hübner schliesst hiëran den Bericht über den Krankheitsverlauf: das Kind erkrankte plötzlich, entleerte Stühle mit blutigen Flocken. Am zweiten Krankheitstage enthalten die Dejectionen keine Faecalmassen mehr, bestehen aus glasigem Schleim; Parese des Sphincter ani. Diagnose: acuter Mastdarmcatarrh. Vierter Tag: keine Stühle mehr, unstillbares Erbrechen. Diagn.: *Darmocclusion.* Am fünften Tage Ileus, am sechsten Tage exit. letal. Die Therapie bestand in Opium, Wasserirrigationen und dem Versuch mit einem Nelatonschen Catheter ein etwa erreichbares Hinderniss zu überwinden. Die Laparatomie wurde als in so jugendlichem Alter aussichtslos. verworfen. Dr. Hübner betont die Schwierigkeit der Diagnose und erklärt daraus die Seltenheit solcher Fälle in der Literatur.

Dr. Hach betont, wie wichtig es sei, in solchen Fällen möglichst frühzeitig mit den Irrigationen zu beginnen.

Dr. Worms glaubt, dass in solchen Fällen die Anlegung eines künstlichen Afters das Rationellste ist.

Dr. Rulle spricht über die mechanische Behandlung der Lageveränderungen des Uterus mit dem intrauterinen Stift. Vortragender fasst seine Anschauungen und Erfahrungen in einer Reihe von Thesen zusammen, die in Folgendem culminiren:

Der Uterus steht normaler Weise mit dem die Portio vaginalis eng umschliessenden Theil der Vagina in einem stumpfen Winkel zu dem übrigen Theil der Vagina. Von der allergrössten Bedeutung für die Normallage ist die innige Umschliessung der Portio vaginalis durch die benachbarten Vaginalwände. Diese Verbindung stellt hinsichtlich der Stützung eine reine Verlängerung des Insertionsrings der Scheide an die Gebärmutter dar. In der Lockerung dieser Verbindung ist die proxima causa zu den meisten Malpositionen des Uterus gegeben.

Die mechanische Behandlung ist vollkommen gefahrlos, heilt Flexionen und ist in der Mehrzahl dieser Erkrankungen unersetzlich. Es ist dabei darauf zu achten, dass der Stift so dünn wie möglich ist, und dass seine Länge genau der des vor Einführung des Stiftes zu redressirenden Uterus entspricht. Der Stift darf an seinem Vaginalende nur mit einer kleinen Platte armirt sein; diese darf unter keinen Umständen die Wirkung eines Vaginalpessariums entfalten können.

Die in Rede stehende Behandlungsmethode veranlasst infantile Uterusformen sich bis zur Norm weiter zu entwickeln.

In der Debatte äussern im Gegensatz zu Vortragendem DDr. Carlblom, Hübner und Hach ihre Ansicht dahin, dass der Stift ½—1 Ctm. kürzer sein müsse, als die Uterinhöhle, weil er sonst Schmerz und Entzündung hervorrufe; erstere glauben, dass er bei dieser Länge durch Contractionen ausgestossen werden könne, was Dr. Hach nur bei bestehenden perimetritischen Anheftungen zugesteht.

Dr. Carlblom hält ferner die intrauterine Behandlung mit dem Stift nicht für ungefährlich; sie stellt gewissermaassen ein ultimum refugium für diejenigen Fälle dar, die anderer Behandlungsmethode nicht weichen. Dr. Worms schliesst sich diesem an.

Dr. Rulle giebt zu, dass es Fälle gäbe, für welche die Stiftbehandlung nicht passt; üble Zufälle hat er jedoch nie gesehen. Der Stift beseitige nicht nur Complicationen, sondern wirke geradezu heilend; namentlich auch auf Gebärmütter, die in ihrer Entwickelung stehen geblieben sind.

Eingesandt.

Geehrter Herr Redacteur!

Auf die sub № 17. Ihres geschätzten Blattes erschienene Antwort des Dr. Weljaminow Bezug nehmend, erkläre ich, dass ich beim Referiren der Hagen-Torn'schen «Bemerkungen» mich nicht nur zur Kritik berechtigt, sondern verpflichtet gefühlt habe und dieser meiner Pflicht auch fernerhin treu zu bleiben bemüht sein werde, selbst auf die Gefahr hin die Unzufriedenheit mancher Verfasser wissenschaftlicher Arbeiten zu erregen. Meiner Meinung nach ist Jedermann berechtigt ein solches Urtheil zu fällen, wie ich es gethan, wenn von einem glaubwürdigen Augenzeugen an einer Bearbeitung klinischen Materiales derartige Ausstellungen gemacht werden, wie sie Dr. Hagen-Torn an der Arbeit des Dr. Weljaminow über Carotisunterbindungen gemacht hat.

Dass Dr. Weljaminow der Ton meines Referates nicht behagt, wird mich gewiss nicht veranlassen auf den Ton einzugehen, den er mir gegenüber, als dem Referenten eingeschlagen hat. Solcher Ausfälle und willkürlicher Anschuldigungen, wie sie sich Dr. Weljaminow erlaubt, können sich nur diejenigen schuldig machen, die sich nicht der Schwere ihrer Vorwürfe bewusst sind.

Auf die Unmöglichkeit einer «absichtlichen Entstellung» meinerseits ist bereits von Ihnen, geehrter Herr Redacteur, hingewiesen worden. Ich beschränke mich daher nur darauf, den geehrten Lesern des Blattes die Entscheidung anheim zu stellen, ob ich berechtigt gewesen bin, in der Zuschrift des Dr. Weljaminow an die Redaction des Med. Westn. keine Rechtfertigung zu sehen, und ob ich andererseits nicht die Worte Dr. Weljaminow's wiedergegeben habe, indem ich von seinem Vorsatze, nochmals das Material der Carotisunterbindungen in objectiver Weise durchmustern zu wollen, gesprochen habe. Dr. X. Dombrowski.

Zur Feldscheererfrage in Russland.

Diese für unsere medicinischen Verhältnisse so wichtige Frage ist neuerdings Gegenstand der Besprechung auf den Sitzungen der Kasan'schen med. Gesellschaft gewesen. Dr. Schidlowski entwarf in lebhaften Worten ein Bild von allen Unsitten und Nachtheilen, die durch unsere Feldscheerer tagtäglich bewirkt werden. Er zeigt, wie die Feldscheerer dem Volke gegenüber auf dem flachen Lande die Hauptvertreter der Medicin sind, während sie oft kaum zu lesen und zu schreiben verstehen, über sich selbst aber sehr hoher Meinung sind und auf jede Weise, zum Vortheile der eigenen Tasche das Volk exploitiren. Dadurch verliert das Volk alle Achtung vor den Vertretern der Medicin und wendet sich zu seinen Quaksalbern und Zauberern. De jure soll der «Feldscheerer» «der Handlanger des Arztes» sein, de facto ist er aber oft in seinem Bezirk sein eigener Herr, der ohne jede Controle selbständig prakticirt. Dass dieses aber nicht nur für die entfernten Gegenden des grossen Reiches zutrifft, davon zeugt eine Notiz in der № 17 des «Wratsch», nach welcher angeblich in nächster Nähe der Residenz, St. Petersburg, der Bezirk Staroderewnja von dem Feldscheerer Alexandrow, der mit den Rechten eines Arztes versehen, verwaltet werde, obgleich doch bei der grossen Zahl der Aerzte in St. Petersburg leicht ärztliche Hilfe von Seiten der Semstwo zu acquiriren wäre. Im Inneren des Reiches, wo oft ein Landarzt ein Gebiet mit 70—80,000 Bewohnern zu versorgen hat, da hört freilich jegliche Controle auf. Schidlowski schliesst seinen Vortrag mit dem Antrag: man möge wenigstens im Princip anerkennen, dass das *Institut der Feldscheerer abzuschaffen sei*, weil es gleichbedeutend sei mit einer Unterdrückung der medicinischen Wissenschaft und weil es eine direct schädliche Institution ist, die schamlosen Empirismus und Charlatanismus sanctionirt. Freilich liessen sich die Feldscheerer nicht auf einen Schlag abschaffen, aber die Landverwaltungen müssen darauf hinarbeiten, die Zahl der Feldscheerer zu vermindern, dagegen die der Aerzte zu erhöhen.

Diesen Vortrag hielt Schidlowski in der Sitzung vom 7. October des vergangenen Jahres. Auf der Sitzung am 8. December trat ein Landarzt, Kurbatow, auf, um den ersten Vortrag anzugreifen und das Feldscheererthum zu vertheidigen. Vor Allem wies er den Vorwurf Sch's, als gebe es nur schlechte Feldscheerer, zurück. Kurbatow theilt die Feldscheerer in 3 Categorien:

1) Feldscheerer, die aus den Soldatenschulen hervorgegangen, Lazarethdiener, Barbiere etc. Alle diese Leute haben sogut wie garkeine Bildung, von Specialkenntnissen schon nicht zu reden. Durch irgend welche Winkelzüge, Protection seitens gewissenloser Aerzte etc. verschaffen sie sich Feldscheererzeugnisse und dann geht die grobe Exploitation des unwissenden Volkes los. Diese Sorte Feldscheerer müsste auf jede Weise verfolgt und vernichtet werden.

2) Giebt es Feldscheerer, die wohl eine Specialschule durchgemacht, auch im Besitze von Kenntnissen sind, die sich aber bald über die Grenze des ihnen Erlaubten hinauswagen, weil sie unter ungenügender Controle stehen und nun darauf los prakticiren mit unschädlichen und schädlichen Mitteln. Diese Categorie von Feldscheerern ist brauchbar, sobald die Aerzte sie nur genügend unter Controle halten.

3) Gute kenntnissreiche und gewissenhafte Feldscheerer, die mit Erfolg Specialschulen durchgemacht haben. Allerdings giebt K. zu, dass zu dieser Categorie nur eine geringe Zahl, namentlich junger Feldscheerer gehört. (Nun ja, solange sie noch «jung» sind, haben sie noch nicht den genügenden Muth, werden sie älter, so gehen sie wohl Alle in die 2. Categorie über).

Kurbatow schliesst mit dem Ausspruche, die Landärzte können nicht ohne Feldscheerer auskommen, daher müssten die Landverwaltungen möglichst darauf hinarbeiten, dass die Feldscheerer eine genügende Vorbildung bekämen und müssten nur Zöglinge von guten Feldscheererschulen angestellt werden.

Soweit die Debatte im Verein der Kasan'schen Aerzte. Auch sonst sind hie und da in letzter Zeit Stimmen über die «Feldscheererfrage» laut geworden. Leider stehen die einschlägigen Mittheilungen mir augenblicklich nicht zu Gebote. Meist bekannt sind aber wohl die zahlreichen Facta, welche der «Wratsch» über das Feldscheererunwesen alljährlich in seiner Chronik registrirt. Ferner steht uns unsere eigene Erfahrung im Hospital und in der Stadtpraxis zu Gebote. Ueber das Verhältniss im Inneren des Reiches können wir nicht urtheilen, hoffentlich erheben sich aber Stimmen unter unseren Lesern. In unseren städtischen Hospitälern liesse sich allerdings das Institut der Feldscheerer vollkommen aufheben und ihre Arbeit theils den «barmherzigen Schwestern», theils einem zu organisirenden niederen Dienstpersonal übergeben, denn das jetzige Personal entbehrt oft der elementarsten Begriffe von Reinlichkeit. Der einzige Punct, den man zu erwägen hätte, wäre das «Receptschreiben», doch würden die «Schwestern» auch dieses bald lernen können. Wenn wir in unseren Hospitälern unsere Feldscheerer los werden könnten, so wäre das ein bedeutender Fortschritt, denn abgesehen davon, dass sie stets eine Quelle der Unreinlichkeit (mit seltenen Ausnahmen) so kann man sich wenig auf sie verlassen. Männliche Dienstleistung wäre nur für die männlichen venerischen Abtheilungen und für das Anatomicum nöthig und auch da braucht man keine «gebildete» Feldscheerer, sondern könnte sich Leute praktisch einschulen, wie es auch jetzt vielfach geschieht. So habe ich stets auf meiner venerischen Abtheilung einige Kranke, die mir bei den Verbänden etc. helfen und meist viel brauchbarer sind, als die «Feldscheerer».

Für unsere Hospitäler also brauchen wir keine Feldscheerer. Nun bleibt noch ein Gebiet derselben in den Städten. Das sind die Feldscheerer bei den Fabriken, Eisenbahngesellschaften, den Polizeihäusern etc. etc. Da allerdings sind sie schwer zu entbehren, nach jetzigen Begriffen, und doch ist es gerade diese Categorie, die besonderen Schaden bringt. Und dass gerade diese Categorie besonders gefährlich, wie wir es uns leider gestehen müssen, ist zum grossen Theil die Schuld der Aerzte. Es ist allerdings sehr bequem für den Arzt einer grösseren *Fabrik* nicht täglich dahin zu fahren, sondern nur wenn es der Feldscheerer für nöthig befindet. Auf unseren grossen Fabriken liegt meist das Behandeln der Arbeiter in den Händen der Feldscheerer. Wir kennen ein Fabrik von ca. 2000 Arbeitern, wo der Arzt 2 Mal wöchentlich hinkommt, trotzdem sein Gehalt mehrere tausend Rubel beträgt; die Leute müssen sich daher gewöhnlich an den Feldscheerer wenden und auf diese Weise werden sie daran gewöhnt, denselben bei ihren Leiden zu Rathe zu ziehen. Der Feldscheerer ist somit für den Arzt ebenso «bequem» wie «schädlich» für die Patienten. Würde man an den grossen Fabriken einzelne der Arbeiter mit den nöthigen «Hülfeleistungen» bekannt machen, so könnte man ganz gut ohne Feldscheerer auskommen.

Ferner die *Feldscheerer der Polizeihäuser*. Wer von uns kennt nicht das Unheil, welches das unseelige «liquor ferri» tagtäglich anrichtet und meist ist es die unkundige Hand des Polizeifeldscheerers, welche die Wunden damit verwüstet. Eine gründliche Organisation der officiellen Hülfeleistung würde diese Arbeit den Polizeifeldscheerern abnehmen und sie auf ihr Gebiet, Sectionen machen und dem Arzt als «Handlanger» zu dienen, die Schreibereien zu besorgen etc. zurückführen. Zu erwähnen wäre noch, dass ausser den Hospitalfeldscheerern die der Polizei sich noch besonders gern der «Privatpraxis» widmen und mit der Metamorphose des „лекарскій помощникъ" (Arzt-Gehülfe, Heilgehülfe) in „помощникъ доктора" (Gehülfe des Doctors) und schliesslich einfach „докторъ" (Doctor) auf gutem Fusse stehen und das lohnt sich auch wegen der materiellen Vortheile. So erfuhr ich jüngst, dass in einem grossen Hôtel im Centrum der Stadt als Hausarzt ein «Dr. Iwanow» fungire, der sich aber schliesslich als «Feldscheerer» des Kriegsministeriums entpuppte und ausser seinem «Jahreshonorar» noch Procente vom nächsten Apotheker (natürlich mosaischen Glaubens) bezieht, daher der Frau eines Kellners ohne Noth für ca. 5 Rbl. Medicin verschrieb. Wenn wir Aerzte wollen, dass nicht ein Theil unserer Praxis in die Hände der Feldscheerer übergeht, so müssen wir uns vor Allem stets davor hüten, die Leute selbst an die Feldscheerer zu weisen und denselben weniger trauen, wie bisher. In dem kürzlich erschienenen «Bericht über die 25-jährige Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte» findet sich in den Protokollen ein lehrreicher Fall, wie ein Feldscheerer Petrow das Recht zur Praxis erhielt und dieses nur Dank der Protection einiger hochstehender Aerzte. Wir können von uns aus auch noch hinzufügen, was aus dem Feldscheerer Petrow geworden ist. Er ist gegenwärtig «wirklicher Staatsrath», besitzt einen Stern und ist — Arzt beim Ministerium der

Volksaufklärung (!) Und wer ist daran schuld? Nur die Aerzte! Ein besonderes Uebel beim Feldscheererwesen ist noch das Recht des Avancements nach Verlauf einer gewissen Zeit zum «классный фельдшеръ» d. h. die Verleihung des Dienstranges. Dieses verdirbt oft die besten Feldscheerer! Sobald sie die 14. Rangklasse erhalten, tritt Selbstüberhebung ein und sie dünken sich zu vornehm für ihre bisherige Arbeit und werden üppig oder sie verlassen ihre bisherige Thätigkeit, um Hospitaladministrativbeamte zu werden.

Zum Schluss möchten wir uns dahin aussprechen, dass es an der Zeit wäre am «Feldscheererthum» zu rütteln. Solange wir die Feldscheerer nicht ganz abschaffen können, so wäre es doch wenigstens Pflicht der Aerzte sich zu bemühen, dem Unwesen zu steuern und nicht so Vieles, was man selbst machen kann, aus «Bequemlichkeit» dem Feldscheerer zu überlassen.

Wir haben mit den vorliegenden Zeilen diese Frage nur auf die Tagesordnung bringen wollen und daher nur eine flüchtige Skizze der Verhältnisse entworfen. Es lässt sich ja gewiss Manches gegen unsere Anschauung anführen, jedenfalls aber Vieles dafür. Vor Allem wollten wir nur darauf hinweisen, dass die Aerzte es jedenfalls in ihrer Hand haben, dem Feldscheererunwesen ganz bedeutend zu steuern und so mancher College, der über die Feldscheerer laut schimpft, lässt sich in seiner amtlichen Thätigkeit durch dieselben ganz ruhig einen guten Theil seiner Arbeit abnehmen. Es wäre jedenfalls eine dankenswerthe Arbeit, diese Frage einmal genauer zu discutiren und das einschlägige Material zu einer eingehenderen Sichtung zu sammeln.

—n.

Vermischtes.

— Am 6. Mai ist Geheimrath Dr. E. W. Pelikan, bis vor Kurzem Präsident des Medicinalrathes, nach langwieriger Krankheit gestorben. Wir beabsichtigen demnächst einen Nekrolog dieses verdienten Mannes zu bringen.

— Der Director und Oberarzt der St. Petersburger Augenheilanstalt Ehrenleiboculist wirkl. Staatsrath Dr. Graf Magawly ist an Stelle des vor Kurzem verstorbenen Geheimraths Kabat zum Leiboculisten des Hofes Sr. Majestät ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung bei dem obengenannten Augenhospital.

— *Sr. Majestät der Kaiser* hat am Tage der Volljährigkeits-Erklärung des Grossfürsten Thronfolgers *Nikolai Alexandrowitsch* dem berathenden Mitgliede des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath Balinski, sowie dem Prof. emer. der militär-medicinischen Academie Geheimrath Gruber den St. Wladimir-Orden II. Classe verliehen.

— Der frühere Herausgeber und Redacteur dieser Wochenschrift Dr. E. Moritz, Oberarzt der weiblichen Abtheilung des hiesigen Obuchow-Hospitals, ist zum wirklichen Staatsrath befördert worden.

— Am 28. April c. verschied in Berlin Dr. Nikolai Brasche im Alter von ca. 54 Jahren an einem organischen Herzleiden. Der Verstorbene stammte aus Estland und bezog die Universität Dorpat im Jahre 1852, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Nach Absolvirung des Doctorexamens, liess sich B. als praktischer Arzt in Narwa nieder, wo er bis kurz vor seinem Tode thätig war und sich einer ausgedehnten Praxis erfreute. B. fungirte gleichzeitig als Fabrikarzt der bei Narwa belegenen grossen Kränholmer Fabrik.

— Die Universität *Edinburgh* hat ihr *300-jähriges Jubelfest* vom 16.—18. April n. St. mit grossem Pomp und unter reger Betheiligung von Vertretern der wissenschaftlichen Welt begangen. Nicht weniger als 75 Universitäten und mehr als 50 gelehrte Körperschaften hatten ihre Vertreter zum Fest geschickt. Die Universität hat bei dieser Veranlassung eine grosse Zahl von berühmten Gelehrten zu Ehrendoctoren ernannt, so von deutschen Medicinern und Naturforschern: Virchow, Helmholtz, Henle (Göttingen), Pettenkofer, Hyrtl, Schmiedeberg (Strassburg), Bunsen (Heidelberg), ausserdem J. Erdmann und Elze in Halle, von holländischen Aerzten Donders und Stockvis, von amerikanischen Prof. Grass (Philadelphia), Dr. Fordyce Barker (New-York) und Dr. Billings.

— Die Universitäten Prag und Graz haben neuerdings besondere Lehrstühle für Hygiene erhalten und sind beide mit Schülern von Pettenkofer besetzt worden. Zum Professor der Hygiene für Prag ist Docent Dr. Soyka (aus München) und für Graz Privatdocent Dr. Gruber ernannt worden.

— Für Uebungen in *bakteriologischen Untersuchungen*, welche eine so grosse Bedeutung erlangt haben, war in Deutschland den Aerzten bisher nur im Reichsgesundheitsamte in Berlin Gelegenheit geboten und auch dort war es nur einer beschränkten Zahl möglich, sich mit den von Koch eingeführten Untersuchungsmethoden näher bekannt zu machen. Der Director des pathologischen Instituts in München, Prof. Bollinger, hat das Verdienst, zuerst an einem Lehrinstitut einer Universität derartige bakteriologische Curse ins Leben gerufen zu haben. Vor Kurzem ist im Münchener pathologischen Institute das neue eingerichtete *Laboratorium* für bakteriologische Untersuchungen eröffnet worden und hat bereits der erste bakteriologische Cursus, der fast ausschliesslich von jüngeren Docenten der medicinischen Facultät besucht ist, unter specieller Leitung des Institutsassistenten Dr. Frobenius begonnen.

— In Paris haben am 28. April wiederum die Sitzungen des zur Zeit der elektrischen Ausstellung in Paris 1881 begründeten *internationalen Congresses der Elektriker* ihren Anfang genommen. Der Congress hat sich die sehr wichtige Aufgabe gestellt, diejenigen Fragen der elektrischen Wissenschaft und Technik zu erörtern, welche ein internationales Uebereinkommen erfordern. Professor v. Helmholtz ist einer der Delegirten der deutschen Regierung.

— Die *Zahl der Medicinstudirenden an der Wiener Universität* betrug im letzten Wintersemester 2013 bei einer Gesammtzahl von 4477 Studirenden. Im Vergleich zum Wintersemester 1882/83 hat die Zahl der Mediciner dort um 263 zugenommen, während die Gesammtzahl aller Zuhörer nur um 221 gewachsen ist.

— Nach dem Beschlusse des Orginasitions-Comités wird die diesjährige in Magdeburg tagende *Naturforscher-Versammlung* nur 5 Tage (vom 18. bis zum 23. September) währen und es findet nur am ersten und letzten Versammlungstage eine *allgemeine Sitzung* statt, während die übrigen 3 Wochentage den Sitzungen der einzelnen Sectionen vorbehalten sind. An dem dazwischen liegenden Sonntage soll eine Festfahrt nach dem Harz ins Bodethal veranstaltet werden und ausserdem ist für einen der Nachmittage seitens der Stadt eine Festfahrt nach dem Herrenkrug geplant worden. Für die an der Versammlung theilnehmenden Aerzte ist an einem Nachmittage ein Besuch der klinischen Anstalten Halle's in Aussicht genommen, während einzelne Sectionen wissenschaftliche Ausflüge und Expeditionen nach den Steinsalzbergwerken Stassfurt's u. s. w. unternehmen werden.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 29. April 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2865	1813	4678
Kinderhospitäler	158	158	316
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	224	133	357
Scharlach	20	15	35
Pocken	6	8	14
Venerische Krankheiten	462	399	861

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 21. bis 28. April 1884 besucht von 2744 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1046.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 29. April bis 5. Mai 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
384	272	656	88	66	125	12	17	15	78	71	62	51	37	21	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 16, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 41, Scharlach 6, Diphtherie 21, Croup 4, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 6, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 17, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 27, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 86, Lungenschwindsucht 117, andere Krankheiten der Brusthöhle 20, Gastro-intestinal-Krankheiten 83, andere Krankheiten der Bauchhöhle 27, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 27, Cachexia 23.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 19.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	13—19 April	181 732	87	8	24,9	9,2	31,4
Kopenhagen	16—22 April	267 000	124	6	24,1	4,9	40,1
Berlin	20—26 April	1 225 065	607	71	25,8	11,7	32,9
Wien	20—26 April	759 849	476	24	32,6	5,0	33,4
Brüssel	13—19 April	171 293	81	7	24,6	8,6	35,6
Paris	18—24 April	2 239 928	1297	163	30,1	12,6	28,5
London	20—26 April	4 019 361	1660	314	21,6	18,9	36,2
St. Petersburg	27 Apr. — 3 Mai.	928 016	803	132	45,0	16,4	30,7

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Mai 1884.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. РИККЕРА, С.-Петербургъ, Невскій, № 14,
поступили въ продажу:

Минеральныя воды, грязи и морскія купанья

въ Россіи и заграницей. Классификація, химическій составъ, физіологическое дѣйствіе и показанія къ употребленію; путеводитель по лечебнымъ мѣстностямъ Льва Бертенсона и Николая Воронихина. 2-ое совершенно переработанное и значительно дополненное изданіе. 3 р., въ переплетѣ 3 р. 50 к., за перес. — 40 к.

KEFIR oder KAPIR.
Echter Kumyss aus Kuhmilch.

Eine kurze Anleitung zu seiner Bereitung und Verwendung als Heilmittel für Kranke.
Von **W. N. Dimitrijew**,
praktischem Arzte in Jalta (Krim).
Mit Erlaubniss des Verfassers ins Deutsche übertragen von **Eug. Bothmann.**
1884. Preis 50 Kop., mit Versendung 60 Kop.

КЛИМАТИЧЕСКІЯ УСЛОВІЯ Павловска и его окрестностей
въ особенности
въ лѣтнее время.
Составилъ на основаніи наблюденій Павловской обсерваторіи **О. Я. Мецъ.**
1883 Preis 25 Kop. mit Versendung 35 Kop.

BAD LIPPSPRINGE

Station Paderborn (Westf. Bahn) am Teutoburger Walde.

Stickstoffreiche Kalktherme (17° R.) mit Glaubersalz und Eisen, feuchtwarme, beruhigende Luft, Bäder, Douchen, Inhalationen, dem bewährtesten Standpuncte der Wissenschaft entsprechend in neuen comfortablen baulichen Anlagen. Erfolgreiches Bad bei **chron. Lungensucht, pleuritischen Exsudaten, quälenden trockenen Catarrhen der Athmungsorgane, Congestionen dahin, nervösem Asthma, reizbarer Schwäche, Dyspepsie.** Frequenz 2500. Saison vom 15. Mai bis 15. September. Die Curhäuser in den prachtvollen Anlagen gewähren Comfort und vortreffliche Verpflegung. Orchester 18 Mann stark. Gut ausgestattetes Lesezimmer. P. 101 (1)

Den Wasserversandt bewirkt und Anfragen beantwortet
Die Brunnen-Administration.

Vor Fälschung wird gewarnt.
☛ Verkauf blos in grün versiegelten und blau etiquettirten Schachteln. ☚

Biliner Verdauungs-Zeltchen.

PASTILLES DE BILIN

Vorzügliches Mittel bei **Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt. Depôts in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Handels-Gesellsch., Rulcovius & Holm, H. Klos & Co.,** sowie in den Apotheken und Droguen-Handlungen.

Brunnen-Direction in Bilin (Böhmen). 58 (1)

Curort Ober-Salzbrunn

in Schlesien.

Bahnstation (2 Stunden von Breslau). 427 Meter über dem Meere; mildes Gebirgsklima, hervorragend durch seine alkalische Quellen ersten Ranges, durch seine grossartige Molkenanstalt (Kuh-, Ziegen-, Schafmolke resp. Milch, **Eselinmilch**), fortdauernd und erfolgreich bestrebt, durch Vergrösserung und Verschönerung seiner Anlagen, der Badeanstalten, der Wohnungen, allen Ansprüchen zu genügen. Heilbewährt bei allen Krankheiten der Athmungs- und Verdauungs-Organe, bei Scrophulose, chronischen Blasenleiden, Gicht und Hämorrhoidal-Beschwerden; eignet sich insbesondere auch für Blutarme und Reconvalescenten aller Art. Bevorzugte Frühjahrs- und Herbstsaison. Wohnungen weist gern nach die **Fürstliche Brunnen-Inspection.** 64 (6)

Самымъ отличнымъ успѣхомъ противъ всѣхъ катарровъ дыхательнаго горла, глотки, желудка и пр. пользуются воды

EMSER VICTORIAQUELLE, 41 (5)

отличающіяся отъ всѣхъ другихъ своимъ обильнымъ содержаніемъ углеродной кислоты, а потому рекомендуются для домашняго употребленія.

Пастили изъ Эмсской воды	**Соль Эмсскаго источника**
со свинцовою пломбою.	въ жидкомъ видѣ.

Продаются во всѣхъ извѣстныхъ торговляхъ минеральными водами и въ аптекахъ.

König Wilhelm's Felsenquellen, Bad Ems.

Изданія книжнаго магазина К. РИККЕРА,
С.-Петербургъ, Невскій № 14.

Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы,

Д-ра М. Горвица. 2-е значительно исправленное и пополненное изданіе. Часть I (часть II печатается).

Руководство къ фармакологіи.

Проф. Ивана Догеля (Рецептура). Съ 4-я табл. рис. 2 р. 40 к.

РЕДАКЦІЯ
Календарь для врачей

покорнѣйше проситъ гг. содержателей лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ ниструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

STOTTERER

finden gründl. Heilung in der Anstalt von **Rudolf Denhardt** in **Burgsteinfurt**. Prospect u. Abhandl. gratis. Heilverf. neu, mehrm. d. Orden etc. staatlich ausgez. Freundl. Aufnahme. Sich. u. schnell. Erfolg. Honorar nach der Heil. Gartenlaube Jahrg. 1878 № 13 und 35, 1879 № 5. 114 (3)

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15 Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause. — Musik im Park. — Lesekabinet. — Damen-Salon. — Spielsäle. — Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

10 (8)

Schlangenbad.

Eröffnung der Molken-, Heil- und Badeanstalten am 4. Mai 1884.

Mai und ab September ermässigte Zimmerpreise. 115 (1)

Königliche Badeverwaltung.

РЕДАКЦІЯ
Календаря для врачей

покорнѣйше проситъ гг. петербургскихъ и московскихъ врачей доставить свои адресы съ обозначеніемъ спеціяльности и часовъ пріема больныхъ въ книжный магазинъ **К. Л. Риккера,** въ С.-Петербургъ. Невскій просп., № 14.

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje-Sselo.

(Saison vom 15. Mai bis 15. Sept.) 103 (3)

Kumyss, eisenhaltigen Kumyss, Kefir, natürliche und künstliche Mineralwässer, verschiedene warme Bäder, Elektrotherapie; ausserdem Zimmer mit voller Beköstigung.

Nervenleiden,

Neurasthenie, beginnende **Lähmungen**, Magen- und **Unterleibsleiden**, Gicht, Rheuma und **Schwächezustände** werden meist erfolgreich behandelt durch unsere hydro-diätetische Cur in Verbindung mit **Elektrotherapie** und **Massage**. — Prospect und **Rechenschaftsbericht** gratis durch die Hofrath Dr. Steinbacher'sche Heilanstalt **Brunnthal bei München.**

P. 116 (1)

Wir haben es für möglich befunden, den Detailpreis für

CHININ

auf 3 Rbl. pro Unze und 50 Kop. pro Drachme herabzusetzen. Postversandt in die Provinz 3 Rbl. 50 Kop. pro Unze. Engrospreis für Hospitäler und Apotheken 2 Rbl. 40 Kop.

Adresse: **Rob. Köhler & Co. in Moskau.**

M. 83 (3)

CURORT TARASP-SCHULS.

Engadin. 4000 Fuss über Meer. Schweiz.

Eröffnung der Saison: in Schuls und Vulpera am 1. Juni; im Curhaus Tarasp am 15. Juni.

Nächste Bahnstation: Landeck in Tyrol, von dort nach Tarasp-Schuls in ca. 8 Stunden Fahrt ohne Bergpass.

Kurmittel:

1) Kräftigste alkalisch-salinische oder Glaubersalzquellen, welche die wirksamen Bestandtheile von Karlsbad, Kissingen, Marienbad und Vichy enthalten, diese aber an fixen Substanzen und an Kohlensäuregehalt weit überragen.

2) Verschiedenartige, alkalisch-salinische und einfache Eisensäuerlinge.

3) Alkalische und Stahlbäder mit vorzüglichem, neuem Systeme der Erwärmung. Beide Arten Bäder im Kurhause; in der Badehalle Schuls Stahl-Bäder.

4) Die bedeutende aber geschützte Höhenlage bedingt die *gleichzeitige Einwirkung des belebenden und kräftigenden alpinen Klima's, ein eminenter therapeutischer Vorzug, welchen Tarasp-Schuls gegenüber allen alkalischen Quellen Europa's allein besitzt.*

Kurhaus Tarasp nahe der Trinkhalle, in besonders geschützter und windstiller Lage mit eleganter Villa-Dépendance. In Schuls die Hôtels Alt- und Neu-Bellevédère; Hôtel de la Poste und Hôtel Könz; in Vulpera die Hôtels: Steiner, Waldhaus (früher Moos), Gebr. Pinösch, propr., Conradin, Tell, Vanoss. — Unterkunft für tausend Kurgäste; Möglichkeit nach jeder Börse zu leben; Preise je nach Ansprüchen. Kurärzte: Dr. Ed. Killias, Dr. J. Pernisch, Dr. O. à Porta.

General-Wasserdépôt: Eisenbahnstation Landquart bei Chur. Wasserdépôt für Russland: Stoll & Schmidt in St. Petersburg. Tarasper-Pastillen und Tarasper-Salz, aus der Luziusquelle erstellt bei Apotheker Boisot in Schuls. 59 (3)

Hannover-Altenburg Eisenbahn. Sais. 15 Mai b. 30 Sept.

BAD PYRMONT

Pferdebahn zum Salzbade und Bahnhof 5 Min.

Altbekannte Stahl- und Soolquellen. P. 102 (3)

Stahl-, Salz-, Moor- und russische Dampfbäder.

Bestellungen von **Stahl-** und **Salzwasser** sind an das fürstl. Brunnen-Comptoir zu richten; sonstige Anfragen erledigt

Fürstl. Brunnen-Direction.

Saison vom 1. Mai—15. Oct.

BAD NEUENAHR.

Eisenbahn-Station.

Alkalische Therme im Ahrthale zwischen Bonn und Coblenz, reich an Kohlensäure. Als Specificum bewährt bei *chronischen Catarrhen der Verdauungs-, Harn- und Respirations-Organe, bei Nieren-Catarrh, Leberanschwellungen, Diabetes mel., Gicht, Rheumatismus uud Uterusleiden.* Nur das Curhôtel mit Tarifpreisen und vortrefflicher Restauration steht in directer Verbindung mit den Bädern. Näheres durch die Aerzte und den Director. 42 (4)

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.,** verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „**Saxlehner's Bitterwasser**" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (13)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Bad Homburg

eine halbe Stunde von Frankfurt a. M.

Homburgs Heilquellen sind von durchgreifender Wirkung bei allen Krankheiten mit gestörten Functionen des **Magens** und **Unterleibs**, auch bei chronischen Leiden der **Drüsen des Unterleibs**, namentlich der **Leber** und **Milz**, bei der **Gelbsucht, Gicht** etc.

Mineralbäder nach **Schwarz**'scher Methode, **Sool-, Kiefernadel-, Gas-** und **Moor-Bäder.** — Orthopädisches Institut und Kaltwasser-Heilanstalten.

Inhalationen für **Hals-** und **Brustleidende.**

Vorzügliche Molken, von einem Senner aus Appenzell bereitet.

Alle fremden Mineralwasser

Die Reinheit der frischen Bergluft empfiehlt Homburg ganz besonders zu stärkendem Aufenthalt für Nervenleidende.

Das elegante Kurhaus mit reich ausgestatteten Lesezimmern u. Conversationssälen, der schattige Park, die Nähe des Haardtwaldes und Taunusgebirges, die Mannichfaltigkeit der Unterhaltungen erhöhen die Annehmlichkeit des Aufenthaltes

Mineralwasser-Versandt in stets **frischer Füllung** während des ganzen Jahres.

Teplitz, Böhmen.

Operateur **Dr. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen.**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**" durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** zu beziehen. 113 (10)

Als Compagnon

zur Leitung einer gut prosperirenden Heilanstalt in St. Petersburg wird ein tüchtiger Arzt gesucht. 112 (1)

Zuschrift unter Chiffre A. B. Z. an die

Buchhandlung von CARL RICKER,

in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14.

ALEXISBAD

im Harz

Stahlbad und Klimatischer Gebirgscurort. Sool-, Fichtennadel-, Wellenbäder.

Vollständig neu eingerichtet. Prospecte und jede weitere Auskunft durch P. 106 (2)

Badedirection.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. L. v. Holst in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 20. **St. Petersburg, 19. (31.) Mai** **1884.**

Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven.

Von

B. von Anrep und N. Cybulski.

(Aus dem physiolog. Laboratorium des Prof. J. R. Tarchanow.)

Die Frage nach der Existenz zweier Kategorien von Gefässnerven kann, Dank einer ganzen Reihe von Arbeiten [1]), jetzt als endgültig gelöst betrachtet werden. Reizung des peripheren Endes der einen Art dieser Nerven ruft Verengerung der Gefässe in dem von ihnen versorgten Bezirke hervor, Reizung der andern Art — Erweiterung, wobei in einer Reihe von Fällen immer oder fast immer ein und derselbe Effect erzielt wird, so z. B. giebt Reizung des Sympathicus Gefässverengerung, Reizung des Lingualis, des Glossopharyngeus, der Chorda tympani, des Supramaxillaris und der Erigentes immer Erweiterung der Gefässe. In andern Fällen enthalten die Nervenstämme augenscheinlich beide Arten Fasern und beantworten unter gleichen Bedingungen des sie umgebenden Mediums bald mit dem einen, bald mit dem andern Effect; zu dieser Kategorie gehören alle übrigen gemischten Nerven. Während nun der Mechanismus der Gefässverengerung wegen des Baues der Gefässwände von der Entdeckung der gefässverengernden Nerven an immer sehr verständlich erschien, ist bis heutzutage der Mechanismus der Gefässerweiterung durchaus nicht klar, und besitzen wir in dieser Beziehung nur hypothetische Erklärungen. So nahm Schiff [2]), ohne sich weiter auszusprechen, einen besondern gefässerweiternden Mechanismus an, Vulpian [3]) suchte den Grund in einer Verengerung der Venen, Legros in einer peristaltischen Bewegung der Arterien, Brown-Séquard in einer besondern Anziehung des Blutes durch das intervasculäre Gewebe. Wesentlich gehört die Ansicht Severini's [4]) hierher, dass nämlich die Erweiterung der Gefässe von einer Entwickelung der Kohlensäure in dem thätigen Gewebe abhänge, welche (die CO_2) erweiternd auf die Capillaren und weiter auf die Arterien einwirke; Eckhard nimmt eine Elasticitätsabnahme der Gefässwände oder eine active Erweiterung der Capillaren als Ursache der Gefässdilatation an, Rouget, Goltz und die meisten neuern Physiologen endlich erklären die Vasodilatation durch die Anwesenheit eines in ihnen befindlichen Mechanismus, welcher mit dem Hemmungsapparate im Herzen identisch sei, d. h. in den Gefässwänden seien besondere periphere gangliöse Apparate vorhanden, welche die Gefässe fortwährend in einem gewissen Grade von Spannung erhalten. Die mit diesen Ganglien zusammenhängenden den Nervenbahnen erhöhen bald deren Thätigkeit und con-

[1]) Schiff: Untersuchungen zur Physiol. des Nervensystems, 1855. Schiff: Compt. rend. 1862. Cl. Bernard: Compt. rend. 1862. Cyon: Leipziger Berichte 1868. Ostroumow: Pflüger's Arch. Bd. XII. Stricker: Wien. Acad. Situngsber. Bd. LXXIV, Abth. III, 1876. Puelma und Luchsinger: Pflüger's Arch. Bd. XVIII, 1878. Kendall u. Luchsinger: Pflüger's Arch. Bd. XIII. Vulpian: Compt. rend. 1873, p. 622. Prévôst: Compt. rend. 1872. Cl. Bernard: Compt. rend. 1858, p. 159. Kussmaul u. Tenner: Molesch. Unters. I, p. 90, 1857. Lovén u. Ludwig: Ber. d. Sächs. Ges. d. Wiss. 1866, p. 93. Dastre u. Morat: Compt. rend. 1878, p. 794; 1880 (XCI), p. 393 u. 441. Arch. de physiol. norm. et pathol., Bd. I u. II, 1882. Laffont: Compt. rend. CX, p. 705. Legros: Des nerfs vasomoteurs. Thèse de concours, Paris 1873. Goltz: Pflüger's Arch. Bd. IX u. XI. H. Nasse: Unters. z. Physiol. u. Pathol. 1839. Waller: Proceed. of the Roy. Soc. of London, XI, 1862. Putzey u. Tarchanow: Arch. f. Anat. u. Physiol., 1874, p. 371. Böthling: Wien. med. Jahresber. 1876, p. 89. Stricker: Sitz. Ber. d. Wiener Acad. 1876. LXXIV. Luchsinger: Pflüger's Arch. XIV, p. 391, 1876. Bernstein: Pflüger's Arch. Bd. XV, 1877. Huizinga: Pflüger's Arch. Bd. XI, p. 220. Gaskel: Centralbl. d. med. Wissensch. 1876. p. 557. Journ. de Physiol. T. I, 1878. C. Eckhard: Beitr. z. Anatom. u. Physiol. Bd. III, p. 125. Bd. IV, p. 69. Exner: Sitzungsber. d. Wien. Acad. XXV, 1877. Roever: Krit. u. experim. Untersuch. des Nervensystems auf d. Blutgefässe, 1869. Riegel: Pflüger's Arch. Bd. IV, p. 356. Gunning: Handb. d. Physiol. Bd. I, p. 454. Grützner u. Heidenhain: Pflüger's Arch. Bd. XVI. Dsedsjul: Materialien zur Frage von den gefässverengernden Nerven. Inaug.-Diss. St. Petersb. 1880 (Russisch). Lewaschow: Inaug.-Dissert. (russ.). Pflüger's Arch. Bd. XXVI. 1881, XXVIII.

[2]) Schiff: Leçons sur l'appareil vasomoteur. 1875. p. 166.

[3]) Vulpian: Leçon sur la physiologie de la digestion. T. I, p. 256. 1868.

[4]) Severini: Ricerche sulla innervatione dei vasi sanguini. Perugia 1878.

rahiren dann die Gefässe, bald vermindern oder hemmen sie, wobei sich die Gefässe erweitern. Nur die letzte der angeführten Hypothesen stimmt mehr oder weniger mit den Thatsachen überein und hat sich fast ausschliesslich in der Physiologie eingebürgert, während die anderen Theorien aufgegeben sind. Für die oben erwähnte Hypothese sprechen folgende Thatsachen. Vor Allem eine ganze Reihe histologischer Untersuchungen, welche die Anwesenheit peripherer Ganglien in den Gefässwänden nachwiesen; Beale[5]), Lehmann[6]), Arnold[7]), Hénocque[8]) u. A. fanden solche Ganglien sowohl neben, als auch in den Gefässwänden selbst. Ein zweites, zum Beweise oft angeführtes Factum besteht in der nachträglichen Verengerung der Gefässe, welche auf eine zeitweilige Erweiterung ihres Lumens in Folge der Durchschneidung oder Continuitätsstörung der zugehörigen Nerven folgt. Dieses wird von fast allen Autoren bestätigt und durch die Annahme erklärt, dass die peripheren Gefässcentren nach Durchschneidung der Nerven in diesem Bezirke die Rolle der Gefässcentren in der Medulla oblongata und dem Rückenmarke übernehmen und auf diese Weise die, anfänglich durch die Nervendurchschneidung und Aufhebung des centralen Tonus erweiterten Gefässe sich bis zur oder über die Norm verengern. Diese Erscheinungen werden durch klinische Thatsachen bestätigt, welche (Max Buch[9]) recht häufig eine Temperaturerniedrigung in den, von gelähmten Nerven versorgten Territorien nachwiesen (bei Lähmungen traumatischen Ursprungs), was durch eine verstärkte Thätigkeit der peripheren Gefässcentren und damit gesetzte Gefässverengerung erklärt werden konnte. Zu Gunsten der besagten Hypothese spricht augenscheinlich die periodische Contraction und Dilatation der Gefässe nach Durchschneidung sämmtlicher Nerven der betreffenden Region, welche zuerst von Schiff[10]), dann von Voit, Vulpian, Röver (am Kaninchenohre), von Riegel an der Arteria saphena gesehen wurden. Ferner beobachtete Huizinga, dass bei Reizung der Zehen an der Froschpfote zuweilen, trotz vorhergehender Durchschneidung des Ischiadicus, die Gefässe sich reflectorisch erweiterten; er meint, diese Thatsache spräche zu Gunsten solcher peripherer Centren.

Diese Theorie ist nun der über den Einfluss des Vagus auf das Herz ähnlich, und war es daher sehr natürlich, dass eine factische Analogie der beiden Erscheinungen aufgesucht wurde, um so mehr, als eine solche Aehnlichkeit durch mehrere experimentelle Facta unterstützt wurde. So fand Laffont, dass die allerstärkste elektrische Reizung des Sympathicus äusserst schwache Reizungen gefässerweiternder Nerven (N. supramaxill.) nicht überwinden konnte. Es ist übrigens hierbei zu bemerken, dass L. in seinen Versuchen zuerst den Sympathicus und darauf den Supramaxillaris reizte. Dieser Versuch weist nun allerdings auf eine Analogie zwischen dem Vagus und den Vasodilatatoren einerseits und zwischen den Vasoconstrictoren und den Acceleratoren des Herzens andererseits hin, die Hemmungsnerven bekommen das Uebergewicht sowohl über die Acceleratoren des Herzens, als auch über die gefässverengernden Nerven. Dieselbe Analogie in Bezug auf die vasomotorischen Nerven wird von Nikoljski[11]) durch eine Reihe von Versuchen an Hunden bekräftigt; er fand, dass die Nervi erigentes, wie die Vagi durch Atropin gelähmt, durch Muscarin erregt werden. — Es stehen aber diesen, zu Gunsten der erwähnten Theorie sprechenden Thatsachen eine Reihe anderer gegenüber, welche entweder der Theorie selbst, oder einigen, dieselbe stützenden Untersuchungen direct widersprechen.

So richten sich die Untersuchungen von Gscheidlen und einigen andern Forschern gegen die Existenz solcher Centren in den Gefässwänden überhaupt, ferner giebt es ganze Regionen (Ohr und Hinterbeine des Kaninchen, wo solche Centren nicht gefunden wurden. W. Frey[12]) behauptet gegen Laffont, dass man während der Reizung des Sympathicus durch Reizung der Chorda tympani die contrahirten Gefässe erweitern könne, aber nicht umgekehrt. Ferner sprechen einige Beobachtungen gegen Nikoljski's Behauptung; Heidenhain[13]) hatte schon längst gezeigt, dass das Atropin in verschiedener Weise auf die Chorda tympani und den Herzvagus wirke. So erweiterten sich nach Atropinvergiftung die Gefässe der Submaxillardrüse auf Reizung vollkommen, während die Speichelabsonderung vollkommen stillstand und weder Verlangsamung noch Aufhören der Herzcontractionen eintrat, wenn die Chorda tympani resp. der Vagus gereizt wurde. Ostroumow sah selbst bei recht grossen Gaben Atropin keine Erweiterung der Gefässe nach Reizung des Ischiadicus. Ausser diesen, der erwähnten Hypothese widersprechenden Thatsachen giebt es noch Beobachtungen, welche Erweiterung und Verengerung der Gefässe von einem verschiedenen Zustand der Vasomotoren im Momente der Reizung abzuleiten versuchen.

Bernstein[14]) und Lépine[15]) konnten willkürlich den einen oder den andern Effect (Erweiterung oder Verengerung) durch Reizung eines und desselben Ischiadicus erhalten, je nach dem Zustande, in welchem sich die Gefässe vor der Reizung befanden. Waren die Gefässe durch Abkühlung verengert, so erweiterten sie sich bei der Reizung des Ischiadicus; waren sie durch Erwärmen weiter geworden, so verengerten sie sich während der Ischiadicusreizung. Reizung degenerirender (in einem gewissen Stadium der Entartung) und frisch durchschnittener Nerven durch Einzelschläge bringt nach fast einstimmigem Berichte der Beobachter immer eine Dilatation der Gefässe zu Stande. Endlich könnte auch die nachträgliche Verengerung nach vorhergehender zeitweiliger Erweiterung der Gefässe unmittelbar nach Durchschneidung des Nerven in Anbetracht der allgemeinen Störungen der Lebensvorgänge im gelähmten Organe auch von anderen Ursachen abhängen.

Das hier Mitgetheilte, sowie die erwähnten Widersprüche in den Meinungen zeigen deutlich, dass die Frage nach dem Mechanismus der Gefässerweiterung noch lange nicht gelöst ist, und dass die augenblicklich herrschende Hypothese von hemmenden vasomotorischen Nerven durchaus noch nicht bestätigt ist.

Bei den weiter unten mitgetheilten Versuchen haben wir die Untersuchungen berücksichtigt, welche von den Experimentatoren zur Bestätigung der Analogie zwischen dem Vagus und den Vasodilatatoren angestellt worden sind; ausserdem unterwarfen wir einige physiologische Eigenschaften der gefässverengernden und gefässerweiternden Nerven einer vergleichenden Untersuchung. Wir begannen mit einer Verificirung der Nikoljski'schen Versuche hinsichtlich der Wirkung des Atropins und einiger anderer Gifte auf die Nn. erigentes des Hundes. Nikoljski fand, wie schon erwähnt, dass Reizung der Nn. erigentes bei atropinisirten Hunden die Gefässe des Penis unbeeinflusst lasse, wobei er nur diese Nerven berücksichtigte und den Effect ihrer Reizung nach der Blutmenge beurtheilte, welche aus einer, in die Vena dorsalis penis des curarisirten Thieres eingeführten Canüle ausfloss und volumetrisch bestimmt wurde; das Atropin wurde in die Vena saphena eingeführt. Er fand, dass unmittelbar nach der Einspritzung die in der

[5]) Beale: Philosoph. Transact. 1864. p. 562.
[6]) Lehmann: Zeitschr. f. wissensch. Zool., Bd. XIV, p. 364. 1864.
[7]) Arnold: Stricker's Gewebelehre, Bd. I, 1871.
[8]) Hénocque: Thèse de doctorat. Paris 1870.
[9]) M. Buch: St. Petersb. med. Wochenschr. 1879.
[10]) Schiff: Arch. f. physiol. Heilk. 1854.
[11]) Nikoljski: Archiv für Anatomie und Physiologie. 1879. p. 219.
[12]) W. Frey: Arbeiten der physiologischen Anstalt zu Leipzig. 1876. p. 389.
[13]) Heidenhain: Pflüger's Arch. Bd. V.
[14]) Bernstein: Pflüger's Arch. XV. 1877. p. 575.
[15]) Lépine: Compt. rend. soc. biol. 1876, Mars 4.

Zeiteinheit ausfliessende Blutmenge Anfangs sich vermehrte, später aber geringer wurde; Reizung der Nn. erigentes, 30 Minuten nach der Atropininjection, vermehrte die Menge des ausfliessenden Blutes nicht.

Bei der Wiederholung dieser Versuche machten wir nicht nur von der Eckhard-Nikoljski'schen, sondern auch von der plethysmographischen Methode Gebrauch; der Vorzug, welchen diese Methode vor den andern bei der Prüfung vasomotorischer Effecte hat, bewog uns, fast ausschliesslich dieselbe bei unsern Versuchen an den Gefässnerven des männlichen Gliedes und der Zunge in Anwendung zu ziehen. Der Plethysmograph für den Penis bestand in einer dickwandigen, 4 Ctm. im Durchmesser messenden und circa 10 Ctm. langen Glasröhre, deren eines Ende in eine dünne, 3 Mm. dicke Röhre auslief, deren anderes breites Ende, unter spitzem Winkel schräg abgeschnitten, mit einer dünnen Guttaperchaplatte (wie beim gewöhnlichen Polygraphen) überzogen war. In der Mitte der Platte befand sich eine Oeffnung, durch welche das Glied in die Glasröhre eingeführt werden konnte, wobei dasselbe dicht über der Erweiterung der Corpp. cavernosa von der Membran umfasst wurde; die dünne Röhre war durch eine gleichkalibrige dickwandige Guttapercharöhre mit dem empfindlichen Polygraphen verbunden. Das Thier wurde mit Curare vergiftet und nach Aufsuchung der Nn. erigentes nach der Eckhard'schen Methode das Glied durch einen Schnitt aus seiner Scheide befreit, welche ausserdem quer durchschnitten wurde; nach vollständiger Blutstillung konnte das Glied bequem in unsern Plethysmographen eingeführt werden. Vor Einführung des Penis in den Apparat wurde eine Canüle in die Blasenwand eingelegt, so dass der Harn nach aussen abgeleitet wurde und in die Urethra nicht eintreten konnte. Die das Glied umgebende Guttaperchaplatte drückte in sehr geringem Maasse auf die Gefässe, verschloss aber dabei hermetisch die Oeffnung des Plethysmographen, so dass der mit diesem verbundene Polygraph die geringsten Volumsveränderungen des Gliedes anzeigte. Diese Methode hat, neben ihrer Empfindlichkeit, noch den Vorzug, dass der Effect der Nervenreizung und die Veränderungen des untersuchten Organs graphisch verzeichnet werden können. Dass die leichte Einschnürung des Gliedes durch den Guttapercharing den Blutstrom nicht störte, zeigte der Polygraph, welcher bei ruhigem Gliede eine regelmässige, fast gerade Linie zeichnete, auch wurde bei der langen Dauer der Versuche nie Oedem des Gliedes beobachtet; bei Störung des Blutlaufes hätte die Feder in Folge der Blutstockung und Hyperämie eine fortwährende Volumsvergrösserung des Gliedes verzeichnen müssen. Die durch Nebenumstände, wie Erkaltung, Aenderungen im allgemeinen Kreislaufe u. a. erhaltenen Volumsschwankungen waren äusserst unbedeutend und konnten, wie aus den Curven ersichtlich, keineswegs mit denen nach Reizung erhaltenen verwechselt werden; die Curven hatten in letzterem Falle eine andere Form und wich die schreibende Feder viel mehr von der Null-Linie ab.

Hinsichtlich der Bestimmung der Veränderungen in der Blutcirculation durch die Menge des ausfliessenden Blutes müssen wir sagen, dass wir in einer ganzen Reihe von Versuchen diese Methode nur deshalb angewandt haben, um unter denselben Bedingungen, wie Nikoljski, zu arbeiten, müssen aber gleich hinzufügen, dass diese Methode recht grob und ungenau ist. Einerseits wird durch die Einführung der Canüle die Vene geöffnet, womit die Bedingungen der Blutcirculation in dem Gefässe selbst in Folge der ansehnlichen Verminderung des Blutdrucks verändert werden, andrerseits bringen die in der Canüle beim langsamen Ausströmen des Blutes und an der Berührungsstelle derselben mit der Vene sich bildenden Blutcoagula Factoren in die Untersuchung, in Folge derer das Gefässlumen sich alle Augenblicke ändert und man unter gleichen Bedingungen nicht immer ein gleiches Quantum Blut erhält. Ferner giebt diese Methode durchaus keinen Aufschluss über unbedeutende Aenderungen im Zustande der Gefässe, auch zeigt sie weder die Periode der latenten Reizung, noch die Folgeerscheinungen der letzteren an und ist unserer Meinung nach nicht genauer, als die unmittelbare Beobachtung mit dem Auge, weshalb wir in der Reihe unserer Versuche auch solche haben, in welchen wir die Volumsveränderungen des Gliedes unmittelbar beobachtet haben.

Gehen wir jetzt zur Darstellung unserer Versuche über.

1. Versuch. Grosser Hund. Reizung des dicken rechten Stammes der Nn. erigentes führt eine starke Erection herbei; 3malige Wiederholung der Reizung ergiebt dasselbe Resultat. Einspritzung von 0,004 Atropin in die Vena jugularis externa, nach 5 Minuten Reizung, mehrfach wiederholt, jedesmal Erection, nicht schwächer als vor der Einführung des Atropins. Nach einer halben Stunde nochmalige Einspritzung von 0,004 Atropin in die Vena jugularis externa, nach 5 und 10 Minuten Reizung der Nn. erigentes mit demselben Effect wie vor dem Atropin. Nach einer halben Stunde werden wieder 0,004 Atropin eingeführt, die Reizung bewirkt, wie früher, eine starke Erection; 15 Minuten nach der Injection noch zwei Mal wiederholt, — dasselbe Resultat.

Es haben also 0,012 in das Blut eingeführten Atropins nicht nur keine Lähmung, sondern auch keine Abschwächung in der Erregbarkeit der Nn. erigentes hervorgebracht, die Erectionen traten in derselben Stärke und Dauer wie auch ohne Atropin ein.

2. Versuch. Grosser Hund. Reizung mittelst eines schwachen Inductionsstromes des rechten N. erigens ohne Durchschneidung gab einige Male hinter einander gute Erection; 0,014 Atrop. sulph. eingespritzt und die Erigentes nach 10, 15, 20, 25, 35 und 45 Minuten gereizt, — die Erectionen traten in derselben Weise wie früher auf.

3. Versuch. Kleiner Hund. Die Reizung der Nn. erigentes ergab mehrmals hinter einander kräftige Erectionen, darauf Einspritzung von 0,012 Atropin, 10 Minuten später Reizung mit derselben Stromstärke, — gleiche Erection; nach 40 Minuten dasselbe Resultat. Bei diesem Versuche wurde der Blutdruck in der Carotis notirt, welcher zwischen 110—140 Mm. schwankte. Reizung des Vagus während der Atropinvergiftung beeinflusste die Herzcontractionen nicht.

4. Versuch. Grosser Hund. Die Nn. erigentes werden freipräparirt und unterbunden, in eine der Venae dorsales penis wird eine Canüle eingeführt, die aus der Vene während 15 Secunden ausfliessende Blutmenge wurde durch Wägen bestimmt:

	I.	II.	III.
Keine Reizung	0,75 Grm.	0,65 Grm.	0,70 Grm.
Reizung durch einen Strom bei 200 Mm. Rollenabstand	5,35 ›	5,90 ›	—
Unmittelbar nach der Reiz.	3,10 ›	1,10 ›	0,50 ›
20 Min. nach der Reizung .	0,50 ›	0,45 ›	0,55 ›
Einspritzung unter die Haut von 0,015 Atropin in 3 Ccm. Wasser.			
25 Minuten nach der Vergiftung	0,85 ›	0,70 ›	0,65 ›
Während der Reizung bei 200 Mm.	5,50 ›	4,65 ›	—
Gleich nach der Reizung .	2,40 ›	1,05 ›	0,80 ›
30 Minuten nach d. Vergiftung Reizung	4,90 ›	5,85 ›	—

5. Versuch. Grosser Hund. Freilegung der Nn. erigentes. In eine Vena dorsalis penis Canüle eingeführt, die in 5 Secunden ausfliessende Menge Blutes durch Wägung bestimmt:

	I.	II.	III.
Vor der Reizung	1,80 Grm.	1,25 Grm.	1,30 Grm.
Reizung bei 220 Mm. Rollenabstand	14,25 ›	15,70 ›	—
0,014 Atropin. sulph. in 4 Ccm. Wasser in die Vena jugul. externa eingespritzt.			
10 Min. nach d. Vergiftung	3,15 ›	3,20 ›	3,05 ›
20 Minuten nach der Vergiftung, Reizung mit demselben Strom . . .	19,09 ›	16,45 ›	—
30 Min. später ohne Reizung	3,15 ›	3,86 ›	3,50
mit Reizung . .	7,10 ›	15,85 ›	—

Aus den angeführten Versuchen geht deutlich hervor, dass selbst grössere Dosen Atropin die Endigungen der gefässerweiternden Nerven im Penis in keiner Weise beeinflussen und dass die, im Widerspruche mit den oben angeführten Untersuchungen Heidenhain's an der Glandula submaxillaris und Ostroumow's am Ischiadicus stehenden Beobachtungen Nikoljski's in Bezug auf die Nn. erigentes auch von uns nicht bestätigt werden.

In den folgenden Versuchen benutzten wir ausschliesslich den Plethysmograph, und da er in einer ganzen Reihe von Versuchen identische Resultate gab, so begnügen wir uns mit der Wiedergabe zweier Curven, von denen die erste bei Reizung der Nn. erigentes ohne Atropinvergiftung, die zweite 30 Minuten später nach Einführung von 0,03 Atropin ins Blut gewonnen wurde.

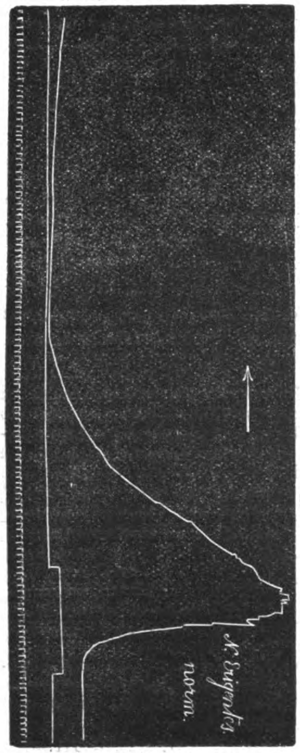


Fig. 1. Vor der Vergiftung mit Atropin.

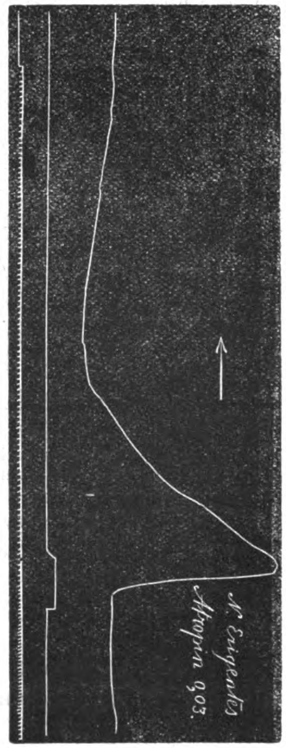


Fig. 2. Nach der Vergiftung.

In einigen unserer Versuche sank die Reizbarkeit der Nn. erigentes sehr rasch, gleichviel ob Atropin eingeführt wurde oder nicht, und vollkommen unabhängig von der Dauer des Versuchs, der Aufeinanderfolge und der Stärke der Reizung, dem Alter des Thieres u. s. w. Uns schienen diese Abweichungen kaum von individuellen Eigenthümlichkeiten der Thiere abzuhängen, worin wir noch durch den Umstand bestärkt wurden, dass nach einiger Zeit dieselben Nerven an demselben gleich stark curarisirten Thiere bei der Reizung Erectionen bewirkten. Wir richteten deshalb unsere Aufmerksamkeit auf den Einfluss des Blutdrucks auf die Erregbarkeit dieser Nerven, da es uns a priori wahrscheinlich erschien, dass bei verschiedener Höhe des Blutdrucks auch der Effect von Seiten der gefässerweiternden Nerven ein verschiedener sein müsste.

6. Versuch. Curarisirter Hund. Canüle in der Vena dorsalis penis, Carotis mit dem Kymographen verbunden, der Blutdruck schwankt zwischen 90 und 100 Mm.

Blutmenge in 15 Secunden:	I.	II.
Vor der Reizung	2,20	1,65
Während der Reizung	4,14	4,52
Rückenmark dicht unterhalb der Medulla oblongata durchschnitten, Blutdruck fällt sofort auf 30 Mm.		
Vor der Reizung	2,14	2,04
Während der Reizung der Nn. erigentes	2,22	2,00
Während elektrischer Reizung des Rückenmarks	0,08	0,18
Während der Reizung d. Rückenmarks und d. Nn. erigentes	6,00	5,90
Der Blutdruck stieg auf 150 Mm.		

Die plethysmographischen Versuche sowie die Bestimmung der ausfliessenden Blutmenge (cf. die oben angeführten Versuche) zeigten, dass jedes etwas ansehnlichere Sinken des Blutdruckes sofort das Resultat der Reizung der gefässerweiternden Nerven beeinflusste, so z. B. die künstliche Herabsetzung des Blutdruckes durch verschiedene Gifte.

Nach Erledigung der Frage über den Einfluss des Atropins auf die Vasodilatatoren schritten wir zur Verificirung der Versuche von Frey und der, diesen widersprechenden von Laffont. Das Studium des Einflusses der gefässverengernden Fasern bot mehrere Unbequemlichkeiten, erstens darin, dass es nicht immer gelingt, durch Reizung des dünnen Astes der Nn. erigentes eine deutliche Volumsabnahme des Gliedes zu erzielen (die Vasoconstrictoren sind im Nerven höchst wahrscheinlich oft nicht vollkommen von den Vasodilatatoren isolirt), zweitens aber darin, dass, wie es sich in einigen Fällen direct nachweisen liess, in dem dicken, vorzugsweise gefässerweiternde Fasern enthaltenden Stamme der Nn. erigentes auch gefässverengernde Fasern anzutreffen sind. Um nun das Wechselverhältniss zwischen den beiden Arten von Fasern studiren zu können, mussten wir ein Organ wählen, das gleichzeitig der, unserer Ansicht nach sehr genauen plethysmographischen Methode frei zugänglich wäre und getrennte gefässerweiternde und gefässverengernde Fasern besässe. Ein solches Organ ist die Zunge, welche vom N. lingualis die Vasodilatatoren, vom N. hypoglossus die Vasoconstrictoren erhält.

Der Plethysmograph bestand aus einer flach-ovalen Glasröhre, welche bei einem Volum von circa 40 Ccm., im längern Querdurchmesser 4, in der Länge 7 Cm. maass. Das eine Ende der Röhre war mit einer Guttaperchamembran geschlossen, welche einen Schlitz in der Mitte hatte, das andere Ende ging in 2 dünne Röhren aus, von denen die eine durch ein Guttapercharohr mit dem schreibenden Polygraphen zusammenhing, die andere durch einen Kork hermetisch verschlossen war; durch diesen Kork ging ein Faden oder Draht durch, der an seinem innern Ende mit einem Haken versehen war, und konnte man auf diese Weise die Zunge vermittelst des Fadens so weit als möglich durch den Schlitz der Guttapercha-Membran in den Plethysmograph vorziehen. War dieses geschehen, so wurde die kurze, vom Faden durchzogene Guttapercharöhre mit einer einfachen Klemm-Pincette zusammengedrückt und befand sich in Folge dessen der vorgezogene Theil der Zunge in einem vollkommen geschlossenen

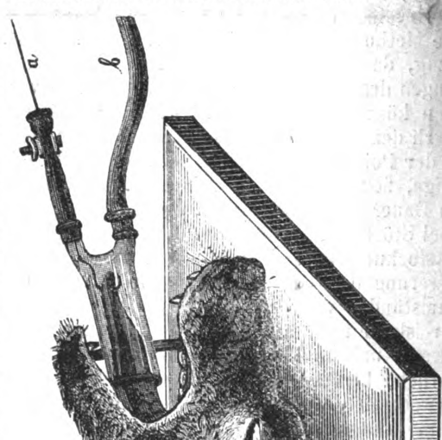


Fig. 3. Kopf des Hundes. a) Faden mit Haken. b) Röhre des Polygraphen.

Raume, welcher mit dem Polygraphen communicirte; dieser notirte in Folge seiner grossen Empfindlichkeit die geringsten Volumsveränderungen der Zunge sehr genau. Der Druck der Guttaperchamembran auf die Zunge war, wie in dem früher beschriebenen Plethysmographen für den Penis, ein so geringer, dass unter gleichen Bedingungen der Umfang der Zunge sich viele Stunden lang fast gar nicht veränderte und die Feder des Polygraphen von der Null-Linie nicht abwich, während der Plethysmograph so empfindlich ist, dass in der Mehrzahl der Fälle von ihm Wellen gezeichnet wurden, welche den Pulsationen des Herzens entsprachen. Die vorstehende Figur 3 stellt die Stellung der Zunge und des Kiefers vor.

Die Zunge, als vorzugsweise musculöses Organ, musste durch die Reizung des einen oder des andern der genannten Nerven in mehr oder weniger starke Contractionen versetzt werden, weshalb die Thiere bei diesen Versuchen curarisirt werden mussten. Dieses Gift wurde in kleinen Dosen so lange eingeführt, bis die Reizung des Hypoglossus keine Zuckung in der Zunge mehr hervorrief. Es traten übrigens zuweilen, mit oder ohne Curare, einzelne Contractionen der Zunge auf, welche vom Polygraphen aufgezeichnet wurden; die Curven dieser zufälligen Zuckungen unterschieden sich aber so sehr von denen nach vasomotorischen Veränderungen, dass von einer Verwechselung beider keine Rede sein konnte. Die mit Ostroumow'schen Elektroden und einem Dubois-Reymond'schen, durch zwei Daniell'sche Elemente getriebenen Schlittenapparat ausgeführte Reizung des N. lingualis bewirkte jedesmal eine Volumsvermehrung der Zunge, d. h. eine Gefässerweiterung, Reizung des Hypoglossus aber eine Volumsverminderung (Gefässverengerung) des Organs.

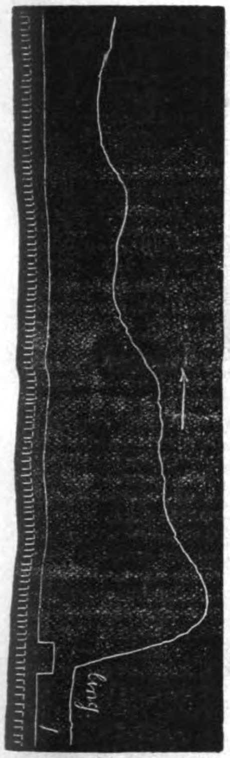


Fig. 4. Reizung des N. lingualis.

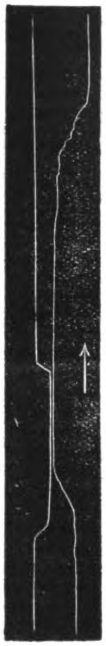


Fig. 5. Reizung des N. hypogl.

Aus unsern Versuchen ergab sich, dass bei Reizung des Lingualis nach vorhergehender Reizung des Hypoglossus sofort eine Erweiterung der contrahirten Gefässe bis und über die Norm eintrat und umgekehrt. Dieses konnte sowohl durch sehr schwache, als auch durch sehr starke Ströme bei dauernder Reizung und nach Stromesöffnung während des durch die vorhergehende Reizung gesetzten andauernden Effects erzielt werden. Jedesmal überwog die nachfolgende Reizung die vorhergehende, so dass eine beginnende sehr schwache Verengerung durch eine sehr schwache Erweiterung abgelöst wird und umgekehrt; dasselbe geschah mit starken Erweiterungen und Verengerungen. Bei diesen vergleichenden Untersuchungen wurden entweder nur die Nerven einer Seite oder gleichzeitig entweder beide Linguales oder beide Hypoglossi gereizt. (S. Fig. 6, 7, 8.)

Aus dem Vorhergehenden erhellt, dass, wenn die Beobachtungen von Frey und Laffont richtig sind, sie keinenfalls auf alle Gefässbezirke bezogen werden können und dass noch neue Untersuchungen zur Aufklärung dieser Frage nothwendig seien.

Nach diesen so zu sagen vorläufigen Untersuchungen unterwarfen wir einige physiologische Eigenschaften der Gefässnerven hauptsächlich wiederum an der Zunge, theilweise

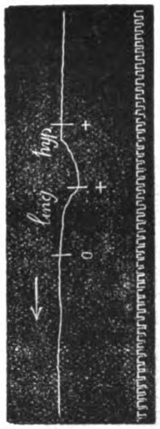


Fig. 6. + Anfang der Reizung, O. Ende. Schwacher Strom.



Fig. 7. + Anfang der Reizung, O. Ende. Starker Strom.

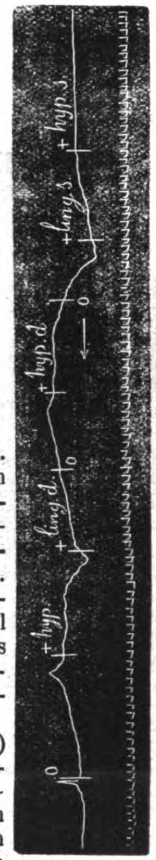


Fig. 8. + Anfang der Reizung, O. Ende.

an den Nn. erigentes einer Untersuchung. Vor Allem versuchten wir das Verhalten dieser und jener Nerven den Einzelschlägen des Inductionsstromes gegenüber festzustellen, was uns wegen der Empfindlichkeit unseres Apparates sehr gut gelang. Wir erhielten durch Einzelschläge mittlerer und starker Inductionsströme sowohl am Lingualis, als auch am Hypoglossus den entsprechenden Effect. Die nachfolgenden Curven geben ein Beispiel der Wirkung einzelner Schläge.



Fig. 9a. Einzelschläge. N. hypoglossus.



Fig. 9b.

Aus dieser Curve (Fig. 9) sieht man, dass ein Effect durch Einzelschläge nicht allein erhalten werden kann, sondern dass bei einer raschen Aufeinanderfolge der Inductionsschläge sich eine Summirung der Reizungen einstellt.

Darauf schritten wir zur Bestimmung der latenten Reizperiode der gefässverengernden und der gefässerweiternden Nerven, wozu wir uns ausser der Zunge zuweilen noch der Volumsänderung des Penis bedienten. Es ist selbstverständlich, dass bei diesen Untersuchungen die Zeit des Reizeintritts in den Nerv bestimmt werden musste, wozu wir uns des elektrischen Signales von Deprès bedienten; alles Uebrige war wie bei den frühern Versuchen angeordnet, nur dass die Umdrehungen der Trommel rascher waren. Es musste aber vorher bestimmt werden wie viel Zeit zur Uebergabe der Volumsveränderung des im Plethysmographen befindlichen Organs durch das elastische Mittel auf den Polygraphen gebraucht wurde, wie es die Anordnung des Versuches nöthig machte. Wir überzeugten uns übrigens, dass die Grösse dieser Verzögerung bei einer 125 Ctm. langen Polygraphenguttapercharöhre kaum 0,01 Secunde erreichte, so dass bei der ansehnlichen, von den vasomotorischen Nerven gebotenen Latenzperiode diese Grösse vernachlässigt werden konnte.

1. Versuch. Latente Periode bei der Reizung

des Hypoglossus	1,02 Sec.	Einzelne Schläge.
	1,22	
des Lingualis . .	2,05 (?)	
	1,12	

des Hypoglossus	1,36 Sec.	2 Schläge
	1,14 »	
des Lingualis . .	1,36 »	
	0,90 »	
	0,80 »	
	1,58 »	
des Hypoglossus	1,27 Sec.	2 Schläge.
	1,53 »	
	1,08 Sec.	6 Schläge.
	0,92 »	
des Lingualis .	1,24 »	
	1,01 »	

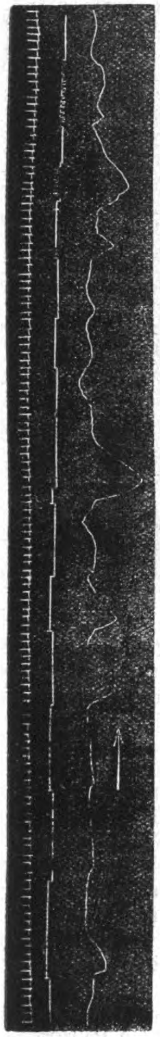


Fig. 10. Einzelschläge; Lingualis.

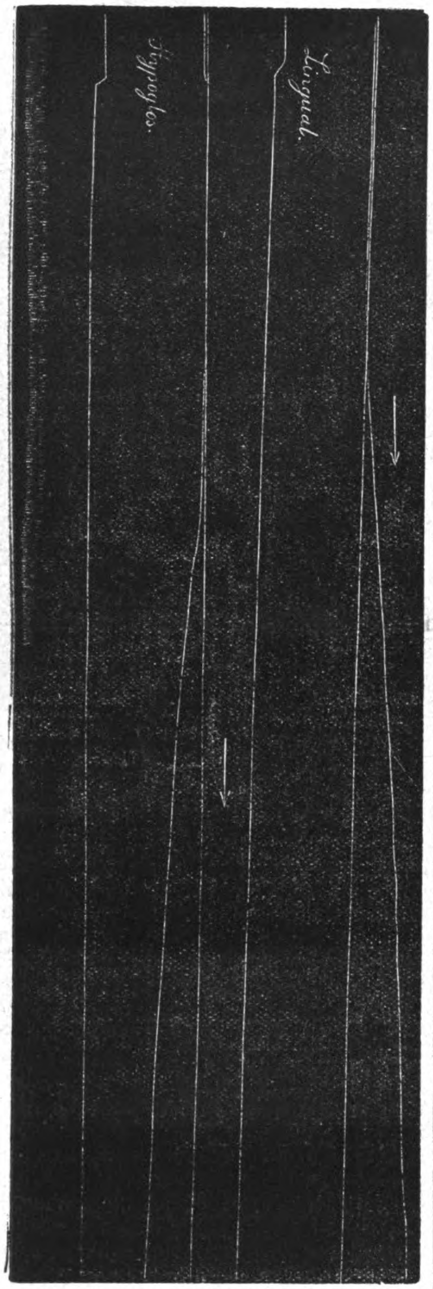


Fig. 11. 2 Curven bei der Bestimmmung der Latenzperiode der Reizung.

Da bei der Reizung mit einzelnen Schlägen die Schwankungen der zeichnenden Feder namentlich bei etwas herabgesetzter Erregbarkeit des Nerven verhältnissmässig klein ausfielen, so war es bei einer gewissen Umdrehungsgeschwindigkeit der Trommel sehr schwer, den Anfang der Abweichung oder des Effectes zu bestimmen, weshalb wir, um einen deutlicheren Effect zu erhalten, mehrere Schläge anwenden mussten. Bei demselben Thiere wurde bei geringerer Rotationsgeschwindigkeit der Trommel auch die Länge der Welle und der Zeitpunkt der erreichten Maximalhöhe derselben bei 1, 2 und 10 Inductionsschlägen bestimmt.

		Latenzperiode.	Wellen-länge.	Maximum nach
1 Schlag	Hypoglossus . .	1,25 Sec.	19,5 Sec.	2,75 Sec.
	Lingualis	1,30 »	20,5 »	3,0 »
2 Schläge	Hypoglossus . .	1,50 »	21,0 »	3,35 »
		1,25 »	19,5 »	2,75 »
	Lingualis	1,50 »	22,0 »	3,35 »
10 Schläge	Hypoglossus . .	1,25 »	50,5 »	5,0 »
		1,50 »	50,0 »	4,0 »
	Liugualis	1,30 »	40,0 »	5,0 »

Die Reizung des rechten und des linken N. erigens mit Einzelschlägen blieb ohne Erfolg, bei 6 Schlägen dauerte die Latenzperiode 3,90, 3,40 und 4,0 Secunden, das Maximum der Wellenhöhe entsprach 9, 12 und 14 Secunden; die Länge der Welle konnte nicht bestimmt werden, weil sie bei der gegebenen Umdrehungsgeschwindigkeit der Trommel den Umfang dieser letztern übertraf.

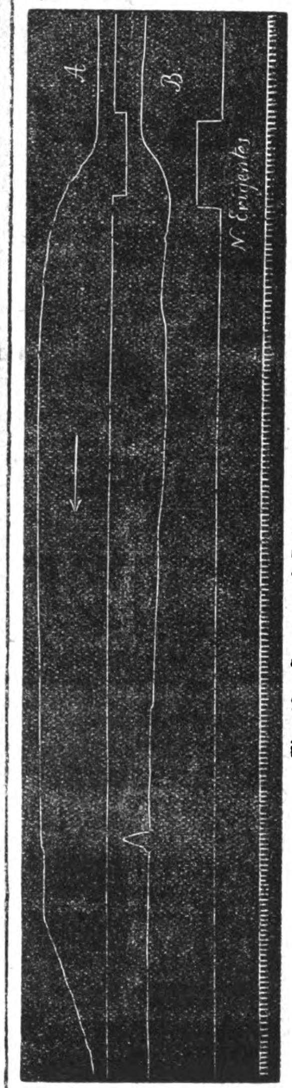


Fig. 12. Curven nach Reizung der N. erigentes. A. Gefässerweiternder Zweig. — B. Gefässverengernder Zweig.

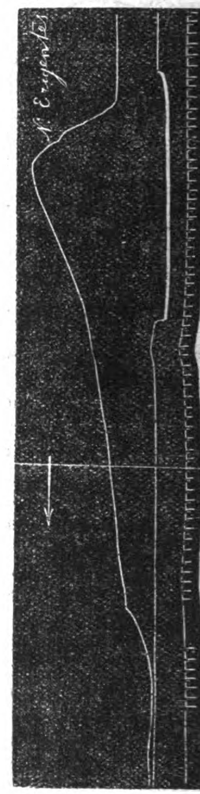


Fig. 13. Curven nach Reizung der N. erigentes.

Aus dem Vorhergehenden ersieht man, dass die Nn. linguales und Nn. hypoglossi, wenn gereizt, trotz der entgegengesetzten Wirkung eine annähernd gleich lange Latenzperiode darbieten, die Länge der Welle ist die gleiche und das Maximum der Wellenhöhe tritt nach einem u. demselben Zeitintervalle auf. Auf diese Weise bieten Lingualis und Hypoglossus, d. h. die gefässerweiternden und die gefässverengernden Nervenfasern der Zunge und ähnliche Fasern, wie am Penis, hinsichtlich ihrer Reizungssymptome eine sehr grosse Analogie unter einander. Ferner geht aus diesem Versuche hervor, dass die Zahl der Inductions-

schläge, wie es scheint, ohne Einfluss auf die latente Periode der Reizung bleibt und der Effect nach Reizung der Nn. erigentes viel langsamer eintritt und eine mehr ausgezogene Curve bietet; dieser Umstand ist übrigens nicht auffällig, wenn man an die Verschiedenheit der Dauer der Latenzperiode bei der Reizung der glatten Muskelfasern verschiedener Organe denkt.

2. *Versuch.* Schwache Reizung des Hypoglossus vermehrte das Volum der Zunge wenig, starke Reizung eines Hypoglossus gab eine geringe, starke Reizung beider Hypoglossi aber eine bedeutende Abnahme des Zungenumfangs. (Cf. Fig. 14.)

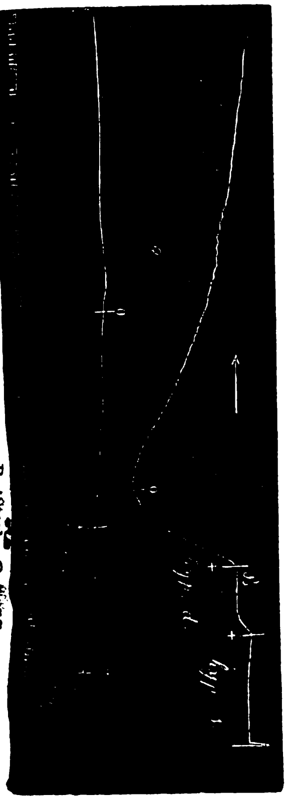


Fig. 14. A. Schwache Reizung. B. [Starke Reizung.

Latenzperiode bei 6 Schlägen [16]) bei Reizung
des Hypoglossus 1,50 Sec.
1,40 »
des Lingualis . . 1,25 »
1,50 »
1,50 »

3. *Versuch.* Latenzperiode des Lingualis bei schwachen Einzelschlägen: 1,44 Sec.
1,32 »
bei starken . . 0,90 »
0,88 »

Der Hypoglossus gab bei verschied. Stromstärken keinerlei Effect.

4. *Versuch.* Latenzperiode:
Einzelschläge
Hypoglossus . . 1,25 Sec.
1,32 »
1,30 »
Lingualis . . . . 1,40 Sec.
1,25 »
1,25 »

Die Wellenlänge bei Reizung beider Nerven betrug 20,5 Secunden, die Maximalhöhe trat nach 3,25 Sec. auf.

5. *Versuch.* Dadurch ausgezeichnet, dass Reizung des disken, rechten Stammes der Nn. erigentes mit schwachem Strom Erweiterung, mit starkem Strome aber Verengerung der Gefässe bedingte, während Reizung des linken Stammes mit verschieden starken Strömen immer Verengerung und nur ein Mal im Beginne der Reizung eine schwache Erweiterung der Gefässe zur Folge hatte.

Zu Ende einiger Versuche wurden die Thiere mit Atropin vergiftet, welches auf den Effect der Reizung sowohl des Lingualis, als auch des Hypoglossus ohne Einfluss blieb. Fig. 15.)

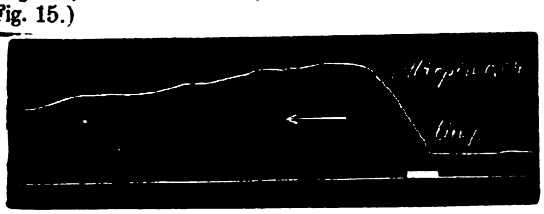


Fig. 15. Reizung des Lingualis 35 Min. nach Injection von 0,04 Atropin ins Blut.

Aus allen oben angeführten Versuchen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1) Es besteht keinerlei Analogie zwischen den Vagi und den gefässerweiternden Nerven hinsichtlich ihres Verhaltens dem Atropin gegenüber.

2) Es besteht ebenfalls keine Analogie zwischen den gefässverengernden Nerven und den Acceleratoren des Herzens, weil, wie bekannt, die stärkste Reizung der Beschleunigungsnerven nicht im Stande ist, den Effect selbst einer sehr schwachen Vagusreizung zu überwältigen, während die Reizung der gefässverengernden Nerven mit schwachen und mit starken Strömen den Effect der Reizung der gefässerweiternden Nerven aufhebt.

3) Eine bestimmte Höhe des Blutdrucks ist, wie es scheint, eine unerlässliche Bedingung zum Zustandekommen einer irgend bemerklichen Erweiterung der Gefässe.

4) Die latente Reizperiode sowohl der gefässerweiternden, als auch der gefässverengernden Nerven der Zunge, sowie die Wellenhöhe bei derselben Anzahl von Inductionsschlägen und das Maximum der Wellenhöhe stehen einander sehr nahe.

5) Folglich bestehen keine wesentlichen Verschiedenheiten zwischen diesen beiden Arten von Gefässnerven.

Diese Thatsachen stimmen mit der augenblicklich herrschenden Theorie von den peripheren Gefässcentren wenig überein. Wie soll man, in der That, das Factum erklären, dass die Curven bei Gefässverengerung vollkommen mit denen bei Gefässerweiterung identisch sind? d. h. die Erhebung der Curve bei der Erweiterung entspricht der Senkung bei der Verengerung. (S. z. B. Fig. 11 u. 12.)

Man kann sich das Zustandekommen dieser Curven verdeutlichen, wenn man die Gefässwand sich als einen Hebel vorstellt, an welchem sich in einem und demselben Puncte von zwei entgegengesetzten Seiten zwei ganz gleich starke Muskeln ansetzen. Die Reizung jedes einzelnen dieser Muskeln würde eine Ablenkung der zeichnenden Feder zum gereizten Muskel hin bewirken, bei abwechselnder Reizung beider Muskeln würde die Feder auf die Seite abweichen, auf welcher die Reizung später einwirkte, und der Muskel frischer, weniger ermüdet war.

Mit anderen Worten: es geben uns diese Thatsachen einiges Recht zur Annahme zweier vollkommen selbständiger, neuromusculärer Apparate in den Gefässwänden, von denen der eine Verengerung, der andere Erweiterung der Gefässe bewirkt. Exner [17]) deutet theilweise die Möglichkeit einer Abhängigkeit der Gefässerweiterung von einer Contraction der in der Gefässwand befindlichen Längsmuskeln an. Wenn unsere Versuche auch nicht direct diese Hypothese zur Gewissheit machen, so geben sie ihr doch etwas Wahrscheinlichkeit. In diesem Falle könnte man sich die Erweiterung der Gefässe etwa in folgender Weise vorstellen. Die Arterie, ein elastisches Rohr, in welchem sich eine Flüssigkeit unter einem gewissen Drucke bewegt, ist ausgedehnt, doch diese vom Drucke abhängige Expansion geschieht sowohl in querer als in longitudinaler Richtung, die Gefässe sind nicht nur ausgedehnt, sondern auch verlängert. Der Ausdehnungscoëfficient jedes elastischen Körpers befindet sich, wie bekannt, in einer bestimmten Abhängigkeit von der Dehnbarkeit des betreffenden Körpers in querer und longitudinaler Richtung. Wenn die Möglichkeit der Ausdehnung in einer Richtung aufgehoben ist, so vergrössert sich die Ausdehnungsfähigkeit unter der Wirkung einer und derselben Kraft in der andern, perpendiculär zur ersteren laufenden Richtung. Nehmen wir die Existenz von Apparaten an, welche in activem Zustande der, durch den Druck bewirkten Verlängerung der Gefässe entgegenwirken können, so muss sich die Expansionsfähigkeit der Gefässe im Querdurchmesser vergrössern, was sofort zu einer Erweiterung führt. Dieses Alles ist freilich äusserst hypothetisch, und müssen die Eigenschaften der Vasodilatatoren und -constrictoren mit einander verglichen und genau studirt werden.

Wir meinen, dass die von uns beschriebene graphische Methode ein solches Studium sehr erleichtern und eine allseitigere Untersuchung der Eigenschaften der vasomotorischen Nerven fördern könne.

[16]) Bei viel grösserer Umdrehungsgeschwindigkeit der Trommel bestimmt, als die Curven auf Fig. 14 zeigen.

[17]) Exner: Sitzungsber. der Wien. Acad. LXXV. 1877.

Referate.

E. Oedmansson: Zur Frage von der Excision der syphilitischen Primäraffection. (Nord. med. Arkiv. Bd. XV. № 18.)

Vf. hat in 28 Fällen die Excision der syphilitischen Primäraffection ausgeführt und die Wunde in den meisten Fällen vernäht. In 15 Fällen von diesen 28 trat Heilung per primam ein und in den übrigen war der Wundverlauf ein günstiger. Die Angaben der Pat. über die Incubationszeit waren sehr unsicher und schwankten zwischen 4 und 35 Tagen.

Die Excision wurde in 7 Fällen im Laufe der ersten Woche nach Auftreten der Induration gemacht, in 11 Fällen im Laufe der zweiten Woche und in 8 Fällen nach der zweiten Woche, nur in 2 Fällen konnte der Termin nicht sicher festgestellt werden.

In 12 von den operirten Fällen bemerkte Oed. eine neue Induration in der Narbe und in 6 Fällen Schwellung und Excoriation der letzteren. Zur Zeit der Excision waren nur in 5 Fällen die Inguinaldrüsen allein geschwellt, bei allen übrigen Fällen waren auch andere Drüsen geschwellt.

Die constitutionelle Syphilis trat bei 24 Pat. während der Beobachtungszeit auf. In 2 Fällen war die Syphilis ganz ausserordentlich leicht und in 2 Fällen konnte sie gar nicht constatirt werden, doch war in diesen beiden Fällen die Beobachtung keine ganz genügende gewesen.

Den Erfolg der Excision muss man einen schlechten nennen insofern, als das Auftreten der Syphilis durch die Operation nicht verhindert wurde; beim genaueren Durchsehen der Fälle fällt jedoch auf, dass in 5 Fällen nach dem Auftreten der ersten constitutionellen Symptome 2—3½ Jahre ohne Recidive verliefen, und in einem Falle 1½ Jahre, ferner dass in 2 Fällen die constitutionellen Erscheinungen sehr gering waren und dass bei allen Operirten während der Beobachtungszeit sich kein schweres Symptom eingestellt hat.

Nach diesen Erfahrungen scheint es ziemlich unwahrscheinlich, dass die Excision der Primäraffection das Auftreten constitutioneller Syphilis verhindern kann, dagegen müssen weitere Versuche feststellen, ob die Operation vielleicht den Verlauf der Krankheit mildern könne. Fr.

Wyssokowitsch: Ueber die Bacterien des Milzbrandes und einige Arten von Septicämie.

Derselbe: Beitrag zur Frage nach der Natur des Fischgiftes. (Separatabdrücke aus den Protokollen der medicinischen Section der Charkowschen Naturforschergesellschaft).

ad 1) Reinculturen des Milzbrandgiftes, nach Pasteur abgeschwächt und auf Mäuse verimpft, wurden von letzteren gut vertragen. Eine Immunität gegen neue Impfungen mit dem ursprünglichen Contagium liess sich jedoch bei diesen Thieren nicht erzielen.

ad. 2) Bei einem Kranken, der nach Genuss von faulem Fisch in ca. 24 Stunden gestorben war, fanden sich im Magen und Darm (24 Stunden nach dem Tode) Mikroorganismen in grosser Menge, die mit den Pasteur'schen vibrions septiques identisch waren. Zugleich boten die betreffenden Schleimhäute das Bild einer acuten hämorrhagischen Entzündung und zögert Verf. nicht letzteren Vorgang mit den Bakterien in Causalnexus zu bringen, zumal solche vibrions septiques in 100 anderen darauf untersuchten Därmen nicht constatirt werden konnten. —s.

G. Bunge: Ueber das Sauerstoffbedürfniss der Darmparasiten. (Zeitschrift für physiol. Chemie v. Hoppe-Seyler. Bd. VIII Heft 1).

Neuere Forschungen haben die Lehre, die alleinige Quelle der lebendigen Kraft sei in der Verwandtschaft des eingeathmeten Sauerstoffs zur aufgenommenen Nahrung zu suchen, bedeutend modificirt. Hermann hat nachgewiesen, dass der Muskel in O freien Median sich contrahirt, dabei CO_2 abspaltet aber keinen O aufnimmt. Ferner ist es bekannt, dass die Nahrungsstoffe vor ihrer Oxydation einer Spaltung unterliegen, wobei ein Theil der in der Nahrung enthaltenen chemischen Spannkräfte in lebendige Kraft umgesetzt wird. Es ist daher die Vermuthung ausgesprochen worden, die Quelle der Muskelkraft sei hauptsächlich in den Spaltungsprocessen und nicht in den Oxydationsprocessen zu suchen. Bedenkt man weiter, dass der Untersehied in dem O-Bedürfniss verschiedener Thierarten ein sehr grosser ist und nur von der Körperwärme, die die Thiere produciren, abhängig ist, nicht aber von der geleisteten Muskelarbeit, so kann es hiernach scheinen, dass die Muskelkraft vorherrschend durch die Spaltung der Nahrung, die Körperwärme vorherrschend durch die Oxydation entstehen. Ist diese Voraussetzung richtig, so müssen Thiere die gar keine Eigenwärme entwickeln auch das geringste O-Bedürfniss haben. Solche Thiere sind die Parasiten der warmblütigen Thiere. In den Darmgasen giebt es so gut wie gar keinen O; das O-Bedürfniss dieser Thiere muss also ein äusserst geringes sein oder sie müssten sich an die Darmwand eng anschmiegen und den aus dem Gewebe der Darmwand diffundirenden O aufnehmen. bevor er von den reducirenden Substanzen des Darminhalts absorbirt wird.

Zur Entscheidung dieser Frage studirte B. anfangs die Bedingungen unter denen ein leichtzubeschaffender nicht zu kleiner Darmparasit ausserhalb des Darms leben könnte. Als Versuchsthier wählte er den, in der Katze lebenden, Spulwurm Ascaris mystax und fand, dass derselbe in einer 1% NaCl-lösung von 38,0° 7—8 ja bis 14 Tage zu leben vermag.

Nun wurden solche Spulwürmer in die betreffende NaCl-lösung gebracht, nachdem dieselbe noch Möglichkeit von Gasen befreit worden und durch Quecksilber von aller Luft abgeschlossen war. Unter diesen Bedingungen lebten die Spulwürmer 5 Tage. Berechnete man nun den in der Lösung enthaltenen O, so ergab sich, dass die Spulwürmer pro 1 Grm. Körpergewicht in 24 Stunden weniger als 0,02 Cc. O verbraucht hatten. Bedenkt man dass der Sperling in 24 Stunden pro 1 Grm. Körpergewicht 161,0 Cc., der Hund 15,1—23,4 Cc. und eine im Winterschlaf liegende Eidechse 0,41 Cc. O verbrauchen, so bekommt man erst ein Verständniss von dem geringen O-Bedürfniss der Spulwürmer. In anderen Versuchsreihen wurden der Kochsalzlösung noch reducirende Substanzen hinzugefügt und die Thiere lebten doch durchschnittlich 5 Tage. Da die Spulwürmer aber bei freiem Luftzutritt meist länger lebten, so glaubt B., dass dieselben wohl O zum Leben bedürfen aber nur in sehr geringen Mengen. Nun auf die Quelle der Muskelkraft zurückkommend schliesst B., dass die Oxydation die Kraftquelle nicht oder jedenfalls nicht die ausschliessliche sein kann. L—n.

Jacobson: Sarcoma keloidoforme. (Separatabdruck aus dem «Wojenno-Medic. Journal», Oct. 1883.)

Krankengeschichte und mikroskopische Beschreibung zweier symmetrisch sitzender exstirpirter Geschwülste. Die eine (ältere) aus einer Acnenarbe entstanden, die andere aus normaler Haut. Beide boten das Bild des Sarcoma fusocellulare. Narbengewebe nirgends vorhanden, obgleich makroskopisch namentlich die jüngere Geschwulst ganz wie eine frische Narbe aussah. —s.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Handbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende von Dr. H. Eichhorst. Aus dem Deutschen übersetzt von Dr. N. Krusenstern. 8. Lief. — K. Ricker, St. Petersburg 1884. (russ.)

— Die Zukunftsphilosophie des Paracelsus als Grundlage einer Reformation für Medicin u. Naturwissenschaften bearbeitet von Dr. R. Stanelli. — C. Gerold, Wien 1884.

— Statistische Mittheilungen über den Civilstand der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1883. — Frankfurt a. M. 1884.

— Beiträge zur klinischen u. experimentellen Geburtskunde u. Gynäkologie von Dr. F. Kehrer. II. Bd. 2. Heft. Mit 1 Tafel. — C. Roth, Giessen 1884.

— Diagnostik der Rückenmarks-Krankheiten von Dr. Schuster. 2. Aufl. — Th. Enslin, Berlin 1884.

— Kriegschirurgische Hülfe unter freiem Himmel. Eine Skizze, den Vereinen vom rothen Kreuz gewidmit von Dr. Menke. Mit 3 Holzschn. u. Tafeln. — Th. Enslin, Berlin 1884.

— Lehrbuch der Zahnheilkunde für praktische Aerzte und Studirende von Dr. J. Scheff jun. 2. Auflage. Mit 171 Holzschnitten. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Medicinische Bibliographie und Anzeiger zum Centralblatt für die gesammte Medicin von Dr. A. Würzburg. 1. Jahrg. — Breitkopf & Härtel, Leipzig 1883.

— Introduction à l'etude de l'electrotonus des nerfs moteurs et sensitifs chez l'homme. — Thèse présentée à la faculté de medicine de Bâle par A. de Watteville. — London 1883.

— Material zur Lehre der Albuminurie, Glomerulo-Nephritis und Bright'schen Krankheit von A. Dochmann. — Kasan 1884. (russ.).

— Der XII. schlesische Bädertag von P. Dengler. — Reinerz 1884.

E. Pelikan †.

Eugen Pelikan, Sohn des in Russland allbekannten und vielverdienten Wenceslaw Pelikan, studirte in Moskau bis 1845 und begann seine reichhaltige und fruchtbringende wissenschaftliche Thätigkeit im Jahre 1847 mit seiner Doctor-Dissertatism: «De fractura colli femoris». In den Staatsdienst getreten, bekleidete P. Anfangs die Professur für Frauen- und Kinderkrankheiten an der St. Petersb. Medico-chirurgischen Akademie, bald darauf die der gerichtlichen Medicin und der Hygiene. Bei dieser Stellung kamen seine umfangreichen Kenntnisse auf dem Gebiete der Physiologie, Chemie und pathologischen Anatomie zur vollen Geltung, und in kurzer Zeit galt E. Pelikan als hervorragende Autorität in der gerichtlichen Medicin nicht nur in Folge seiner Lehrthätigkeit, sondern auch in Folge einer Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, die theilweise selbständig, theilweise unter seiner Leitung erschienen.

Aus der langen Reihe dieser Arbeiten wollen wir hier nur die zwei bedeutendsten anführen, nämlich seine «Toxikologie, bearbeitet nach Rabuteau» (1879), sowie das wahrhaft klassische, mit Illustrationen versehene Werk: «Gerichtlich-medicinische Untersuchungen des Skopzenthums, mit kurzen historischen Skizzen», welches im Jahre 1875 in zweiter Auflage erschien. Einen ganzen Cyclus seiner Arbeiten enthalten die «Beiträge zur gerichtlichen Medicin, Toxikologie und Pharmakodynamik», Würzburg 1858. Ausserdem war er als Redacteur des «Militär-medicinischen Journals» und der populär-medicinischen Zeitschrift «Drug Sdorowja» (Freund der Gesundheit) thätig, und begründete auch die «Sammlung (Sbornik) von Abhandlungen über gerichtliche Medicin und öffentliche Gesundheitspflege» und das «Archiv für Veterinairwissenschaften.»

Zu den wesentlichen Verdiensten Pelikan's um die Wissenschaft gehören ausser der ansehnlichen Reihe hervorragender Arbeiten auf dem Gebiete der forensischen Medicin, seine Untersuchungen auf dem Gebiete der Toxikologie, mit welchen er vollkommen neue Gesichtspuncte in die Wissenschaft eingeführt. Sein Bestreben den Zusammenhang zwischen der physiologischen Wirkung und den chemisch-physikalischen Eigenschaften der Körper zu erkennen, lag als leitender Gedanke dem grössten Theil seiner toxikologischen Arbeiten zu Grunde. Noch im Jahre 1878 bei Gelegenheit der Ausgabe der Toxikologie von Rabuteau in russischer Sprache, welcher Pelikan eine ganze Reihe höchst wichtiger Aufsätze und Mittheilungen beifügte, kam er auf dasselbe Thema wieder zurück. Die Hypothese, die Pelikan auf diesem Gebiete aufstellt, ist von ungemein grosser Tragweite und Bedeutung. Er führt nämlich eine Anzahl von Belegen zu Gunsten seiner Ansicht vor, dass die physiologische, resp. toxische Wirkung in einem bestimmten Verhältniss steht zum physikalisch-chemischen Charakter des Giftes. Pelikan findet (entgegen der Ansicht von Rabuteau, nach welchem die toxische Wirkung direct proportional dem Atomgewicht ist), dass nur innerhalb der natürlichen chemischen Gruppen, wie Mendelejew die Elemente in seinem periodischen System zusammengestellt, die toxische Wirkung direct proportional dem Atomgewicht und der Wärmecapacität ist. Gleichzeitig verweist Pelikan darauf, dass innerhalb solcher Gruppen in der physiologischen Wirkung eine ausgesprochene Analogie herrscht und für solche Elemente, deren Atomgewichte sehr nah zu einander stehen, fällt die Wirkung bis zur Identität zusammen, wie z. B. für Nickel und Kobalt. Für die Kohlenstoffverbindungen dagegen findet Pelikan dieses Gesetz nicht gültig; im Gegentheil beweist er, dass innerhalb einzelner Gruppen die toxische Wirkung umgekehrt proportional ist dem Moleculargewicht. Ferner machte Pelikan zum Gegenstande seiner Forschungen, die toxischen Wirkungen chemischer Verbindungen einzelner Elemente und suchte hierbei die Beziehungen in der Stellung einzelner Elemente, resp. deren Gruppirung im Molekül zu der physiologischen Wirkung zu erkennen, wobei er natürlich auch den Veränderungen der Verbindung bei Einführung in den Organismus Rechnung trug.

Die Erklärungen, die Pelikan für die Unterschiede der physiologischen Wirkung bei Differenz des chemischen Typus einzelner Verbindungen gab, sind höchst geist- und lehrreich; er versucht es nachzuweisen, dass der Atomcomplex einzelner toxisch wirkender Gruppen in seinen chemischen Verbindungen eine bestimmte Wirkung hervorruft, jedoch Differenzen in der Intensität bietet, welche unabhängig von der Löslichkeit der Verbindung vorwiegend durch den chemischen Typus derselben bedingt sind. So fand er z. B. unter den Cyaniden gesättigter Kohlenwasserstoffverbindungen auffallende Unterschiede in der Giftigkeit, welche auf die Existenz zweier isomeren, in der Constitution verschiedenen Reihen hinzuweisen schienen. Von ähnlicher Giftigkeit wie die Blausäure fand er das Cyanäthyl und Cyanamyl, fast ungiftig dagegen das Cyanmethyl und Cyanbutyl. Pelikan schliesst daraus, dass die ersten beiden aus der einen, die letzteren aus der anderen Reihe stammen. Die klassischen Arbeiten über die physiologische Wirkung der Nitroverbindungen und die wichtigen physiologischen Ergebnisse lassen sich nicht kurz wiedergeben und werden noch dem kommenden Geschlechte als Muster von Lösungen toxikologischer und pharmakologischer Fragen gelten. Wenngleich alle die geistreichen Deductionen Pelikan's noch nicht als fundirte Naturgesetze aufgestellt werden können, so lässt sich doch nicht in Abrede stellen, dass der von Pelikan betretene Weg weiter verfolgt zu werden verdient, und in seinen Bestrebungen, die schwierigsten Probleme seiner Wissenschaft zu lösen, wird die Nachwelt ein hohes Verdienst erkennen.

Als medicinischer Administrator begann E. Pelikan seine erfolgreiche Thätigkeit im Jahre 1858 als Vice-Director des Medicinal-Departements, wurde Director desselben, Mitglied und schliesslich Präsident des Medicinalraths, Präsident des Veterinär-Comités, sowie beständiges Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités. Während seiner Dienstzeit nahm P. oftmals als Delegirter der russischen Regierung an internationalen medicinischen Congressen und Commissionen Theil und wurde von der Regierung auch häufig mit wichtigen Missionen ins Innere des Reiches betraut. Seine wissenschaftliche, sowie seine amtliche Thätigkeit fanden allgemeine Anerkennung, wofür auch die zahlreichen Auszeichnungen und Orden (bis zum Alexander-Newski-Orden hinauf) des In- und Auslandes sprechen, welche ihm zu Theil wurden. Die wesentlichsten Reformen auf dem Gebiete der Medicinalverwaltung sind durch ihn ins Leben gerufen und seine Beziehungen zu sämmtlichen Vertretern des ärztlichen Standes waren stets diejenigen eines zu Hülfe, Rath und Unterstützung bereiten Fachgenossen. Wie der Einfluss von E. Pelikan's Bestrebungen förderlich für die Entwickelung der medicinischen Wissenschaft war, so wird auch seine Thätigkeit als Administrator ihm noch lange ein warmes Andenken unter seinen Fachgenossen zusichern.

P—l.

Vermischtes.

— *Se. Majestät der Kaiser* hat am Tage der Volljährigkeits-Erklärung des Grossfürsten Thronfolgers *Nikolai Alexandrowitsch* dem Prof. emer. der militär-medicinischen Academie Geheimrath Dr. Gruber, sowie dem berathenden Mitgliede des gelehrten militär-medicinischen Comités Dr. Balinski den *St. Wladimir-Orden II. Classe* und dem früheren Professor der militär-medicinischen Academie wirklichen Staatsrath Dr. Lanzert, Lehrer der Anatomie an der Academie der Künste, *den St. Annen-Orden I. Classe* verliehen.

— Der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des St. Petersburger Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. W. Hörschelmann hat den *St. Annen-Orden I. Classe* erhalten.

— Dem früheren Chef des Medicinalwesens in Bulgarien, gegenwärtigen Oberarzt des Militärhospitals in Riga, Staatsrath Dr. Grimm ist vom türkischen Sultan der Osmanie-Orden II. Classe verliehen worden.

— In Moskau ist der Medicinalinspector der Anstalten des Ressorts der Kaiserin *Maria* Geheimrath Dr. W. Koch im Alter von 67 Jahren gestorben. K. war aus Kurland gebürtig, studirte von 1836—41 Medicin in Dorpat, erhielt die Doctorwürde im Jahre 1846 und fungirte nach Beendigung seiner Studien anfangs als Assistent der Geburtshülflichen Klinik der Universität Dorpat, später als Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Moskauer Universität. Nach seiner Emeritirung wurde er zum Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin *Maria* ernannt, in welchem Amte er bis zu seinem Lebensende thätig war, obschon in der letzten Zeit in Folge des vorgerückten Alters seine Kräfte merklich abnahmen. Koch genoss einen weitverbreiteten Ruf als ausgezeichneter Geburtshelfer und Frauenarzt.

— Dr. S. Popow hat sich mit Bewilligung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent der Pharmakologie an der Academie habilitirt.

— Als Candidaten für den neuerrichteten Lehrstuhl der Botanik an der militär-medicinischen Academie sind die Proff. Batalin, Borodin (welcher bereits bei der früheren medico-chirurgischen Academie diesen Lehrstuhl inne hatte) und Ssorokin und für den Lehrstuhl der Physik der Professor an der Warschauer Universität Jegorow in Vorschlag gebracht worden.

— Zur Besetzung des durch den Abgang Toldt's (nach Wien) erledigten Lehrstuhls der Anatomie an der deutschen med. Facultät in Prag ist Prof. Aeby aus Bern berufen worden.

— Am 13. Mai fand das von den Berliner Aerzten zu Ehren der aus Indien heimgekehrten Glieder der Cholera-Commission veranstaltete Festbanket im Wintergarten des Centralhotels statt, an welchem nicht allein Berliner Aerzte und Naturforscher, sondern auch viele hervorragende Männer von auswärts theilnahmen, im Ganzen fünfhundert (nach anderen Angaben sogar gegen 800) Personen. In der Mitte der Ehrentafel sass Dr. Koch zwischen Bergmann und Virchow. Die Reihe der Reden eröffnete Prof. Dubois-Reymond mit einem Toaste auf den Kaiser. Ihm folgte Prof. v. Bergmann mit einer längeren schwungvollen Rede, in welcher er die Verdienste Koch's und seiner Gefährten feierte. Der Ovationen gedenkend, deren Gegenstand die Glieder der Cholera-Commission seit ihrer Rückkehr bereits gewesen, führte B. aus, dass hier im Kreise der Collegen besondere Gesichtspuncte maassgebend seien für die gespendete Anerkennung. Nicht der Muth sei es, den man hier in erster Linie bewundere, denn es gebe unter den Collegen genug Männer, welche keine geringere Todesverachtung erwiesen, wie z. B. bei der Erforschung der Pest in Wetljanka, des Hungertyphus im Spessart und in Oberschlesien. Was die Aerzte an dem Wirken Koch's vor Allem schätzten, das sei die Art und Weise der Arbeit. Zäh und ausdauernd habe er, unbeirrt durch die misslunge-nen Versuche, die Seuche durch das Nilthal bis an den Fuss des Himalaya verfolgt, bis er den kleinen Feind entdeckte, der die Krankheit verursacht. Sein emsiger Fleiss sei die Quelle seiner Erfolge. Schon als Kreisphysikus zu Wollstein habe K. inmitten seines Berufes, höheren Aufgaben der Wissenschaft nachgestrebt und so die wissenschaftliche Methode begründet, nach welcher Entdeckung auf Entdeckung, von den Milzbrandsporen bis zum Cholerabacillus ihm gelungen sei. Mit Hülfe dieser wissenschaftlichen Methode sei die Wissenschaft im Stande, den Ursachen der verheerenden Volkskrankheiten nachzuspüren; ohne Koch wäre es nicht möglich geworden, die Errungenschaften Lister's weiter zu vervollkommnen. Prof. Bergmann schloss seine Rede mit einem Hoch auf die Mitglieder der Expedition.

Nachdem nun Dr. Küster im Namen der praktischen Aerzte gesprochen, folgte Prof. Virchow mit einer humoristischen Ansprache, welche unaufhörlich Stürme des Beifalls und der Heiterkeit entfesselte. Von dem Gedanken ausgehend, dass die Wissenschaft sich freuen müsse, wenn aus den Kreisen der praktischen Aerzte Männer hervorgehen, welche über die gewohnheitsmässigen

Schranken des Berufes hinausgreifend, der Wissenschaft neue Wege bahnen, gab er eine Blumenlese klassischer Aussprüche über den «Physikus» und die Werthschätzung der Medicin in älterer Zeit. Es wurden sodann Adressen von der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege und von dem Verein für innere Medicin durch die Prof. Hirsch und Leyden überreicht.

Zum Schluss ergriff Dr. Koch das Wort. Der grossartige Empfang, welcher der Choleracommission überall zu Theil geworden, sei in der That nicht darauf zurückzuführen, dass die Expedition als solche etwas Ausserordentliches darstelle. Freilich sei die Aufgabe nicht ganz gefahrlos, wie das der Tod Thuillier's erweise, indess sei ja jeder Arzt oft genug Infectionskrankheiten ausgesetzt und er, Redner, experimentire bereits seit mehr als 12 Jahren unaufhörlich mit den gefährlichsten Infectionsstoffen. Auch die glückliche Entdeckung des Cholerabacillus, nach welchem man seit Jahrzehnten suche, sei bei den jetzigen leistungsfähigen Methoden und vervollkommneten Mikroskopen ein keineswegs phänomenales Ereigniss, vielmehr eine reife Frucht, die dem Suchenden in den Schooss fallen musste. Es freue ihn aber, dass man ihm das Verdienst, jene leistungsfähigen Methoden mit ausgebildet zu haben, zuerkenne. Die Expedition habe sich bemüht, praktisch verwerthbare Resultate zu erreichen und Redner glaube, dass viel erzielt sei, dass wir einer neuen Invasion der Cholera nicht mehr so hülflos gegenüberstehen werden, ja, dass es möglich sein werde, die Seuche vollständig auf ihr Heimathland Indien zu beschränken, vorausgesetzt dass die Regierungen, namentlich die britisch-indische, die Hand dazu bieten. Das für Deutschland speciell erfreuliche Resultat der Expedition sei die Steigerung des Ansehens, welches die deutsche Wissenschaft im Auslande in Folge des glücklichen Gelingens erfahre und somit könne er nur dankbar sein dafür, dass man ihm eine so ehrenvolle Aufgabe anvertraut. Er wünsche, dass auch die Aufhellung anderer Krankheiten, die Ermittelung des Pestgiftes, des Gelbfiebergiftes, die Erforschung der Malaria, Lepra, Rinderpest der deutschen Forschung vorbehalten bleibe. Koch schloss mit einem Hoch auf die Berliner Aerzte.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 6. Mai 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2828	1770	4598
Kinderhospitäler	159	160	319
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	209	107	316
Scharlach	19	15	34
Pocken	8	7	15
Venerische Krankheiten	444	383	827

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 29. April bis 5. Mai 1884 besucht von 2607 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1096.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 6. bis 12. Mai 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
370	296	666	100	79	115	19	9	23	82	46	56	52	42	31	7	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 58, Scharlach 7, Diphtherie 12, Croup 4, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 42, andere Gehirnkrankheiten 29, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 11, acute Entzündung der Athmungsorgane 83, Lungenschwindsucht 118, andere Krankheiten der Brusthöhle 12, Gastro-intestinal-Krankheiten 97, andere Krankheiten der Bauchhöhle 24, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 47, Marasmus senilis 32, Cachexia 25.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 9.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohner-zahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	20—26 April	181 732	92	7	26,3	7,6	32,73
Kopenhagen	23—29 April	267 000	107	9	20,8	8,1	36,76
Berlin	27 April - 3 Mai	1 225 065	553	82	23,5	14,8	34,10
Wien	27 April - 3 Mai	759 849	495	23	26,9	4,7	43,18
Brüssel	20—26 April	171 293	88	12	26,7	13,6	34,11
Paris	25 April - 1 Mai	2 239 928	1153	179	26,8	15,5	27,78
London	27 April - 3 Mai	4 019 361	1697	314	24,4	18,4	32,78
St. Petersburg	**4—10 Mai**	**928 016**	**685**	**144**	**38,4**	**21,0**	**32,12**

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller

Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „**Saxlehner's Bitterwasser**" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (12)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

10 (7)

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

BAD WILDUNGEN.

Gegen **Stein, Gries, Nieren-** und **Blasenleiden, Bleichsucht, Blutarmuth, Hysterie** etc. sind seit Jahrhunderten als specifische Mittel bekannt: **Georg-Victor-Quelle** und **Helenen-Quelle.** Wasser derselben wird in stets frischer Füllung versendet. — Anfragen über das **Bad**, Bestellungen von **Wohnungen** im **Badelogirhause** und **Europäischen Hofe** etc. erledigt:

Die Inspection der Wildunger Mineralq.-Actiengesellschaft. M. 82 (4)

---

74 **Heilanstalt** für (7)

NERVENKRANKE

zu Bendorf am Rhein.

Geeignet für Rückenmarkskr., Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, Reconvalescenten etc. **Mod. — langsame Morphium-entziehung. Wasserkur. Elektrotherapie. Dr. Erlenmeyer.**

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje-Sselo.

(Saison vom 15. Mai bis 15. Sept.) 103 (2)

Kumyss, eisenhaltigen Kumyss, Kefir, natürliche und künstliche Mineralwässer, verschiedene warme Bäder, Elektrotherapie; ausserdem Zimmer mit voller Beköstigung.

Wir haben es für möglich befunden, den Detailpreis für

CHININ

auf 3 Rbl. pro Unze und 50 Kop. pro Drachme herabzusetzen. Postversandt in die Provinz 3 Rbl. 50 Kop. pro Unze. Engrospreis für Hospitäler und Apotheken 2 Rbl. 40 Kop.

Adresse: **Rob. Köhler & Co.**

M. 83 (2) **in Moskau.**

Schlamm-u. Seebad Arensburg

auf der Insel Oesel.

Beginn der Saison am 20. Mai.

Aerzte: Dr. **Mierszicjewskij**, Dr. **Grewingk**, Dr. **v. Harten**, Dr. **Wiedemann** und Dr. **Carstens.**

Auskünfte über Wohnungen: in St. Petersburg durch Herrn Apotheker Westberg, Старая Невская аптека, Невск. просп. № 88, und in Arensburg durch 70 (1)

die Badecommission.

Engadin. **Curort St. Moritz.** Schweiz.

(St. Moritz-Dorf, 1856 M. ü. M.; St. Moritz-Bad, 1769 M. ü. M.)

Dauer der Saison

für blosse Trink- und für klimatische Curen von Anfangs Juni bis Ende September.

Eröffnung der Bäder: Mitte Juni.

Der dermalen weltberühmte Curort St. Moritz liegt in der Mitte des Oberengadins, des schönsten Höhenthales Europa's. Gegenüber allen anderen Badeorten steht er als ein Unicum da, weil er in höchst glücklicher Weise mit sehr reichhaltigen und äusserst wirksamen Eisensäuerlingen, welche den besten derartigen Quellen ebenbürtig sind, den unschätzbaren therapeutischen Vortheil eines in Europa an stärkender und anregender Wirkung unübertroffenen, hochalpinen Klimas vereinigt. — Als gemeinsames Resultat dieser beiden mächtigen Heilfactoren weist der Curort eclatante und vorzügliche Heilerfolge auf bei: Chlorosen, Anämien, Nervenkrankheiten, allgemeiner Nervosität, Schwächezuständen der Sexualorgane, Frauenkrankheiten, atonischer Dyspepsie und Atonie des Darmes u. s. w. — Nächste Eisenbahnstationen: **Chur** in der Schweiz, **Como** in Italien, **Landeck** in Tirol.

Die vorzüglichsten Hôtels sind: In **St. Moritzdorf**: Engadiner-Kulm, Hôtel Beau-rivage, Hôtel C. Badrutt, Hôtel und Pension Suisse. In **St. Moritz-Bad**: Curhaus, Hôtel Victoria, Hôtel du Lac, Hof St. Moritz, Hôtel Engadine, Hôtel Bellevue. M. 80 (4)

---

30 **Kurort Ober-Salzbrunn** 18

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des „**Ober-Brunnens**" (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens" zu jeder Zeit. **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection**

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja № 3—6, Magazin 7.

Carbol, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und **-Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung. 71 (3)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 18 Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 21. **St. Petersburg, 26. Mai (7. Juni)** **1884.**

Zahlreiche Leber-Abscesse, im Verlauf des Typhus recurrens entstanden.

Von

M. Treymann,

Ordin.-Arzt der Infectionsabtheilung des Allg. Krankenhauses in Riga.

Das in den gemässigten Zonen seltene Vorkommen der Hepatitis suppuratoria, der eigenthümliche Verlauf des zu schildernden Falls und die daran sich knüpfenden Erwägungen veranlassen mich, die nachstehende Krankheitsgeschichte sammt dem Sectionsprotokoll zu veröffentlichen.

Faunstein, Eduard, 18 a. n., Lehrling, aufgenommen den 19. Dec. 1883. Mittlerer Ernährungszustand, Haut heiss, trocken, rein. Sensorium frei. Beide Hypochondrien druckempfindlich. Milzdämpfuug vergrössert, die *Milz* undeutlich palpabel. *Leber* etwas vergrössert, palpabel. *Lungen* und *Herz:* Nichts Abnormes. *Harn* eiweissfrei. Abends Körpertemp. 40,5. Im *Blut* zahlreiche Spirochaeten (Spirochaetae Obermeieri).

20. Dec. Morg. Temp. 39,0. Abds. 36,2. Schweiss.

22. Dec. Morg. Tp. 36,6. Abds. 37,2. Euphorie. Leichtes Oedem des rechten Fusses. Der Patient erholt sich rasch und wünscht Ende December entlassen zu werden. In Erwartung des bevorstehenden 2. Anfalls wird er vertröstet und fühlt sich vollkommen wohl bis zum 3. Januar 1884, an welchem Tage er plötzlich, nach 13tägiger Intermission, mit Kältegefühl erkrankt. Temp. Abends 38,2.

4. Jan. Tp. Morgens 38,8. Abends 39,6. In der darauffolgenden Nacht profuser Schweiss.

5. Jan. Tp. Morgens 36,8. Abends 38,2. Der 2. Anfall ist also nicht beendet. Es erfolgen unter kolikartigen Schmerzen 2 Stühle, dann klagt Patient die ganze Nacht hindurch über heftige Schmerzen im Unterleibe. Kein Schlaf.

6. Jan. Morg. Tp. 40,0. Erbrechen grünlich-schleimiger Massen. Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomen, Ordin. Tinct. op. gtt. VIII. Abends Temp. 39,6. In der darauffolgenden Nacht Schweiss.

7. Jan. Morg. Temper. 37,0. Abends Tp. 38,6. Puls 130, voll.

8. Jan. Morg. Tp. 39,0. Abends Tp. 39,2.

9. Jan. Wieder starke Schmerzen im Leibe, in allen Gliedern. Abdomen aufgetrieben. Kein Stuhl. Ord. Calomel. 0,12, Opii 0,015, 3stündlich ein Pulver. Abends Schmerz und Druckempfindlichkeit des Abdomen geringer. Zunge trocken. Sensorium benommen.

10. Jan. Morg. Temp. 39,2. Abends 39,0. **Icterus** der Sclera und der Haut. Sehr heftige Gelenk- und Gliederschmerzen. *Milz* und *Leber* bedeutend vergrössert, erstere deutlich palpabel, letztere gleichfalls eine Handbreit unter dem Rippenbogen hervorragend, sehr druckempfindlich.

11. Jan. Morg. Tp. 38,0. Sensorium benommen. Zunge mit schwarzen, harten Krusten bedeckt, rissig, trocken. Der Icterus hat zugenommen. Temp. Abends 38,2, Puls klein, beschleunigt. Delirien. Reichlicher Stuhlgang.

12. Jan. Morg. Tp. 38,0. Im sauren Harn kein Eiweiss, wenig Gallenfarbstoff. Ord. Chin. muriat. 2,0 Grm., Aq. dest. 10,0 Grm., Acid. muriat. q. s. ad solut., subcutan 2 volle Spritzen. Campher, 2stündl. 0,12 Grm. Sensorium ganz benommen. Patient delirirt beständig. Temp. Abds. 38,4. Keine Spirochaeten im Blut. Abends 8 Uhr stirbt Patient unter zunehmender Schwäche.

Diagnose: Typhus recurrens. Tumor hepatis et lienis. Icterus organ. omn.

Section (Dr. H. Krannhals) d. 14. Jan. 1884, 40 h. post mort.: Leiche abgemagert. Musculatur blass. Allgemeiner hochgradiger Icterus. Todtenstarre theilweise geschwunden. Diffuse reichliche confluirende Todtenflecke.

Schädelhöhle: Im Sin. longit. ein spärliches, lockeres, dunkel-schwarzrothes Gerinnsel neben reichlicherem flüssigem dunklem Blut. Dura mater leicht icterisch gefärbt. Ausser geringem Oedem der hinteren Abschnitte der Pia mater und zahlreichen Blutpuncten auf dem Durchschnitt der normalen Hirnsubstanz nichts Bemerkenswerthes.

Brusthöhle: Pleura costal, leicht icterisch gefärbt. Keine Verwachsung. Kein Exsudat. Beide *Lungen* gut collabirend, auf dem Durchschnitt auffallend trocken. Oberlappen fleischroth, blass mit icterischer Farbenbeimischung. Unterlappen dunkel-braunroth. Hie und da in beiden Lungen kleine atelektatische Herdchen, etwa 4—5 von Erbsen- bis Bohnengrösse, namentlich in beiden Spitzen.

Herz: Im Herzbeutel 90 Grm. klaren hellgelb gefärbten Serums. Pericard und Epicard leicht icterisch gefärbt. Am Herzen ist, ausser dem schlaffen braunrothen Herzfleisch und der blassen, mehr ins Gelbgraue spielenden Musculatur der Trabekeln und der leicht icterischen Färbung der Klappen, die zart und glatt sind, nichts Abnormes. Die Aorta und Pulmonalis völlig normal, auch im weiteren Verlauf.

Bauchhöhle: Kein Exsudat. Netz völlig normal. Mesenterialdrüsen nicht geschwellt, normal. Zwerchfellkuppe im 4. ICR. Das Peritonäum parietale leicht diffus injicirt, die Röthung schmutzig durch Beimischung des icterischen Gelb, überall jedoch glatt und glänzend, nur in der Milzgegend leicht getrübt, sowie an zwei Stellen mit der vorderen Leberfläche verwachsen: 1) in der Höhe der 9. Rippe ungefähr in der vorderen Axillarlinie (bohnengross), 2) etwas nach hinten davon (linsengross).

Leber: 28 : 23,5 und 15 : 9. Der untere Rand des rechten Lappens reicht bis 1—2 Fingerbreit über der Nabelhöhe. Die vordere Fläche des rechten Leberlappens ist an den eben bezeichneten Stellen mit dem Periton. pariet. verwachsen. Die Oberfläche der Leber von dunkler roth brauner Färbung, übersäet mit unzählbaren hirsekorn- bis 20-kopekengrossen intensiv citrongelben Flecken — durch die Kapsel durchscheinenden Abscessen. Die oberflächlich gelegenen Abscesschen wölben hie und da die Leberkapsel ein wenig vor. Diese ist über ihnen schon durch leichteren Druck zum Platzen zu bringen, worauf sich der Inhalt der Abscesse, ein dicklicher, citrongelber, etwas schleimiger Eiter entleert. An den Stellen, welche mit der vorderen Bauchwand verwachsen waren, präsentirt sich die Abscesshöhle in Form eines flachen, buchtigen Geschwürs, dem ein ähnliches am Peritonäum entspricht. Die Leberkapsel, so weit sie von den Abscesschen frei gelassen wird, ist glänzend und lässt erst bei genauerem Zusehen kleinste, mit blossem Auge nur an dem Unterschied in der Spiegelung erkennbare feinste Erhebungen sehen. An der Unterfläche der Leber ist die Zahl der Abscesse eine sehr viel geringere. Die Consistenz des Organs ist die normale, doch von einer gewissen Schlaffheit. Auf dem Durchschnitt präsentirt sich das gesammte Leberparenchym ebenfalls durchsetzt von zahllosen Abscessen, hirsekorn-, mohnkorn-, erbsen-, ja vereinzelt bis bohnengross. Die Abscesse sind sämmtlich mit demselben Eiter gefüllt, ihre Wandungen sind nicht glatt, sondern unregelmässig buchtig, mit leicht vorspringenden Scheidewänden, die Abscesse also nicht kugelig; die Farbe des Parenchyms ist in der der vorderen (oberen) Fläche zunächst gelegenen Hälfte des Durchschnitts dunkelrothbraun (wie die der Oberfläche), in der dem Hilus zunächst gelegenen unteren Fläche mehr schmutzig-graubraun und heller. — Von Läppchenzeichnung keine Spur. Blutfülle sehr gering. Auf dem Durchschnitt keine Blutstropfen sichtbar. (Stück der Leber zur mikroskopischen Untersuchung aufbewahrt). Die Gallenblase ist in ihren Wandungen verdickt. Die Schleimhaut erscheint geschwellt, schmutzig-graubräunlich, uneben, wie zernagt, an mehreren Stellen von Haemorrhagien durchsetzt und hier dunkelschmutzigbraun gefärbt. Ihr Inhalt besteht aus 20 bis 30 Ccm. graugelben Eiters, dem eine Quantität grüngelbgalligen Schleims beigemischt ist. An der Einmündnngsstelle des Duct. cyst. in die Gallenblase ein bohnengrosser eingedickter Eiterpfropf von der Consistenz einer weichen Pflaume. Der Stamm der Vena portae, ebenso die weiteren Aeste derselben in der Leber verhalten sich normal. Von den feineren Verzweigungen (2—3 Mm. Umfang) sind zahlreiche mit grüngelbem Eiter erfüllt. Die Intima dieser Gefässe verhält sich meist normal, bei einzelnen jedoch erscheint die Wandung in eine schmierige graugelbe Masse verwandelt, welche auch das Lumen der Vene ausfüllt (Thrombophlebitis).

Die *Milz:* 15 : 10 : 3 Cm., Kapsel leicht diffus verdickt. Parenchym von schmutzig-dunkelbraunrother Farbe, enthält ziemlich in der Mitte des Organs eine klein-wallnussgrosse Abscesshöhle, gefüllt mit hellgrünlichem Eiter. Wandung derselben unregelmässig buchtig. Eine zweite Abscesshöhle, eben noch einmal so gross als die erste, befindet sich ebenfalls in der Mitte des Organs, nahe dem hinteren Rande und reicht bis zum Hilus. Hier sind die Wandungen noch unregelmässiger buchtig. Die Consistenz des Durchschnitts weich, leicht zerdrückbar, doch nicht matsch. Trabekeln und Malpigh. Körperchen undeutlich. Am vorderen (unteren) zugeschärften Rande eine gelbe infarctähnliche Bildung, durch einen schmalen rothen dunklen Streifen gegen das übrige Parenchym abgegrenzt (Recurrensnecrose), eine ähnliche gelbe Stelle, circa bohnengross, mehr im Innern des Organs.

Ueber die *Nieren* und *Nebennieren*, *Harn-* und *Geschlechtsorgane* ist nichts Abnormes im Protokoll angegeben, ausser dass die rechte Nebenniere diffus erweicht ist.

Der *Magen* enthält reichlich Speisebrei. Schleimhaut normal. Im *Duodenum* die Einmündungsstelle des Duct. pankreat. und Duct. choledochus gemeinschaftlich auf einer gut markirten, ca. 3 Mm. hohen Papille sichtbar. Beide für die Sonde leicht zu passiren.

Darm: Bis auf leichte dunkle Verfärbung ist die Schleimhaut normal. Keine Ulcera. Keine Schwellung der Follikel und der Peyer'schen Plaques. Pankreas, Oesophagus, Larynx, Trachea und Bronchien normal. Icterische Färbung der Schleimhäute.

Anatomische Diagnose: Tumor et abscessus lienis. Abscessus secund. hepatis. Icterus universalis.

Die suppurative Hepatitis ist in der gemässigten Zone so selten, dass unter 7326 Obductionen nur bei 108 (d. i. 1,48 %) Leberabscesse gefunden wurden [1]). Liebermeister, Griesinger, Chvostek erwähnen sie als seltene Nachkrankheiten des Abdominaltyphus [2]), Hertz beschreibt sie als disseminirte und confluirende *Herde bei* perniciösem Wechselfieber der Tropen [3]), wo sie übrigens schon 5 pCt. der gesammten Morbidität betragen [4]). Am meisten Aehnlichkeit mit dem hier mitgetheilten Fall haben Chvostek's «Metastatische Milzabscesse, höchst wahrscheinlich aus einer Endocarditis der Aortenklappen hervorgegangen. Zahlreiche bis hühnereigrosse metastatische Leberabscesse....» [5]), demnächst die von Thierfelder mitgetheilten Fälle [6]): «Busk (bei Budd) sah zahlreiche wallnussgrosse Leberabscesse neben einem grossen Milzinfarct. In einem aus dem Leipziger pathol. Institut mitgetheilten Fall fand sich ... Abscessbildung in der Milz, Eiter in der Milzvene und Abscesse in der Leber von Erbsen- bis Haselnussgrösse». Es folgen dann noch mehrere Fälle, die sich fast alle mehr oder weniger deutlich als auf Embolien der Pfortader beruhend herausstellen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass Kussmaul und Maier (Arch. für Heilkunde, Bd. VIII, pg. 25) in dem von ihnen mitgetheilten Fall sich von dem embolischen Ursprung der multiplen erbsen- bis nussgrossen Abscesse nicht zu überzeugen vermochten. In der Recurrens-Literatur ist die hier mitgetheilte Hepatitis suppuratoria ein Unicum. Jedenfalls kann ich mit Sicherheit behaupten, dass in den ca. 1300 Fällen von Recurrens, welche ich selbst seit 1865 bis heute in Lazarethen behandelt habe, kein ähnlicher Fall vorgekommen ist, der während des Lebens zur Diagnose des Leberabscesses veranlasst hätte oder durch die Section als solcher ermittelt worden wäre, so oft ich auch Milznecrosen und Milzabscesse in der Leiche gesehen habe. Da die embolische und sog. metastatische suppurative Leberentzün-

[1]) Ziemssen, Sammelwerk, Bd. VIII, 1, p. 94,
[2]) Ibid. Bd. II, 1, p. 168.
[3]) Ibid. Bd. II, 2, p, 835,
[4]) Ibid. Bd. VIII, 1, pg. 95.
[5]) Wiener Klinik 1879, Heft 9, p. 251.
[6]) Ziemssen, Sammelwerk, Bd, VIII, 1, pg. 83—86.

dung die relativ häufigste ist [7]), da die Multiplicität der Abscesse für den metastatischen Ursprung spricht und da es Cohn häufig gelungen ist, durch Injection von Eiter ins Pfortadersystem Abscesse in der Leber zu erzeugen [8]), so liegt es nahe, bei dem Vorhandensein des Milzabscesses und der Veränderung an der Intima der Pfortaderverzweigungen die Leberabscesse in meinem Falle, analog den aus der Literatur eben angeführten, als secundäre embolische aufzufassen. Ein genaueres Studium des Vorkommens der Leberabscesse, der Embolien, sowie des Typhus recurrens lässt indessen wider diese — wie ich zugebe — plausibelste Erklärung mancherlei Bedenken aufsteigen.

Ausser dem eben erwähnten Kussmaul'schen Fall, in welchem viele erbsen- bis nussgrosse Abscesse des rechten Leberlappens, ferner Eiterherde zwischen den Platten des Mesenteriums und äusserst zahlreiche submucöse Abscesse «sämmtlich als Coeffect einer und derselben Ursache, nämlich der Cachexie zu betrachten seien, da nach dem klinischen Bilde die Affection des Darms nicht als das Primäre zu erweisen war», — finden sich unter den 108 Leberabscessen des Berliner pathol. Instituts 55 nach Verletzungen und Entzündungen äusserer Theile, von denen wiederum 25 ohne nachweisbaren embolischen Ursprung angegeben sind (pg. 94 l. c.). Virchow hat nachgewiesen [9]), dass die Leberabscesse bei Pyämischen nicht in allen Fällen als von dem ursprünglichen Eiterungsherde ausgegangene Metastasen aufzufassen sind, sondern von den in dilatirten Venen anderer Orte entstandenen Thromben herrühren, «die erst unter der pyämischen Blutbeschaffenheit eine puriforme Schmelzung erfahren haben». Klebs hat in Folge zahlreicher Sectionen nach Schussverletzungen die Ansicht ausgesprochen [10]), dass die Entstehung der metastatischen Leberabscesse auf der Anwesenheit und Vermehrung parasitärer Organismen beruht, die er als Mikrospora septica, Cohn als Mikrococci septici bezeichnet. Birch-Hirschfeld hat «diese Befunde, auf welche Klebs' Theorie basirt ist, insofern bestätigt, als er schon bei Lebzeiten der betreffenden Individuen sowohl in ihrem Wundsecret als in ihrem Blut dieselben Pilze theils frei, theils an und in den weissen Blutkörperchen nachgewiesen hat». Thierfelder sieht sich genöthigt hinzuzufügen, dass die mit Bakterien vollgestopften weissen Blutzellen, an denen Birch-Hirschfeld eine beträchtliche Volumszunahme fand, in den durch trübe Schwellung der Leberzellen (wie sie gewöhnlich bei pyämischer Blutbeschaffenheit vorhanden) verengerten Capillaren leicht stecken bleiben, sich anhäufen und die circumscripten Eiterherde bilden könnten. — Nach derselben Quelle kommen endlich in den gemässigten Klimaten von Frerichs, Bamberger, Cloetta, Duhamel, Heaton beobachtete Fälle von suppurativer Hepatitis vor, in denen gar kein aetiologisches Moment sich nachweisen lässt. Trotzdem hält Thierfelder es für fraglich, «ob man in solchen Fällen berechtigt ist, die Krankheit als primäre zu betrachten». Hat man doch auch die nach Eiterungen und Jauchungen der äusseren Haut und der Knochen (besonders bei Schädelverletzungen) entstandenen Leberabscesse den embolischen zuzählen wollen, obwohl die angenommene Passage der Emboli durch die feinen Lungencapillaren hindurch in die Arteria hepatica den Autoren viel Kopfbrechen gemacht hat. Weber's Nachweis des directen Uebergangs arterieller Stämmchen in venöse innerhalb der menschlichen Lunge, Heller's rückläufige Embolie in die Lungenvenen und die Hypothese Stich's, nach welcher die die Lungencapillaren durchlaufenden kleinen Emboli unterwegs durch Auflagerung von Faserstoff vergrössert werden sollen [11]), beweisen dies am besten. Ueber das Zustandekommen der Melanaemie hat man sich ebenso wenig geeinigt. Nach Virchow, Mosler und Frerichs ist die Melanose der Milz das Primäre, die Melanaemie eine secundäre Erscheinung, so dass bei der Pigmentembolie des Gehirns beispielsweise Leber- und Lungencapillaren zu passiren wären, während Arnstein, Colin, Kelsch und Hertz die Pigmentbildung überall in der Blutbahn stattfinden und das von den untergegangenen rothen Blutkörperchen abstammende Pigment von den farblosen Blutkörperchen aufnehmen lassen, die Melanaemie also für die primäre Veränderung halten und in der Melanose der verschiedenen Organe eine secundäre Alteration erblicken [12]).

Wenn nun die Ponfick'schen Untersuchungen ergeben haben, dass die «venösen Herderkrankungen» der Milz bei Recurrens als infectiöse Entzündungen anzusehen sind, welche mit Thrombophlebitis beginnen, *wobei das embolische Zustandekommen derselben gänzlich von der Hand zu weisen ist* [13]), so wird doch vielleicht die Frage gestattet sein, ob nicht die Leberaffectionen bei Recurrens in derselben Weise wie die Milznecrosen entstehen *können*, d. h. ob sie nicht den durch directe Wirkung des Infectionsstoffes hervorgerufenen herdförmigen Entzündungen ihre Entstehung verdanken? [14]) Bei genauer Betrachtung des Krankheitsverlaufs handelt es sich doch in meinem Fall weder um eine traumatische, noch um eine durch Embolie in die Arteria lienalis oder hepatica seitens des Herzens, der Lungen, eiternder Knochen oder anderer Körpergegenden entstandene Hepatitis, noch um Entzündung in Folge von Gallensteinen oder Ektasie der Gallengänge, im Grunde auch nicht um eine nachweisbare, sondern nur supponirte Embolie seitens der Pfortaderwurzeln. Wenn wir berücksichtigen, dass der Patient Faunstein nach dem ersten Recurrensanfall 13 Tage lang nicht fieberte, während dieser Zeit gar keine Milzschmerzen hatte, bei gutem Allgemeinbefinden sich durchaus wohl fühlte und seine Entlassung wünschte, so darf eigentlich nur behauptet werden, dass mit dem Beginn des zweiten Anfalls des Typhus recurrens eine Splenitis und Hepatitis suppuratoria acut und gleichzeitig sich entwickelt haben. Während es ungemein schwer fällt, an eine Latenz des Milzabscesses in der fieberlosen 13tägigen Intermission zu glauben, spricht für die primäre thrombophlebitische Entstehung der Abscesse — die häufig bei Recurrens zur Beobachtung kommende, mit dem Milztumor *zu gleicher Zeit* auftretende schmerzhafte hochgradige Leberschwellung, die während des Fieberabfalls meist zurückgeht. Jedenfalls bedürfen nicht nur diese, durch keinen embolischen Process zu deutenden Leberaffectionen einer ausreichenden Erklärung, sondern auch die bedeutenden und ungemein häufigen Abweichungen vom typischen Verlauf des Rückfallstyphus, auf dessen unregelmässigen Verlauf ich bereits vor Entdeckung der Spirochaeten aufmerksam wurde. Ich habe diese Beobachtungen aus den Jahren 1867, 1868—69 früher mitgetheilt [15]). Zahlreiche Beobachtungen mit genauen Temperaturmessungen und mit Spirochaeten-Untersuchungen in dieser Epidemie — ca. 400 Fälle 1883—84 — unterstützen meine damalige Auffassung von der Vielgestaltigkeit des Typhus recurrens, dessen Diagnose oft viel schwieriger ist, als die meisten Autoren glauben machen. Da unsere interessante Epidemie demnächst einer eingehenden Bearbeitung unterzogen werden wird, so kann ich mich nur auf kurze Notizen beschränken.

(Schluss folgt.)

[7]) Wiener Klinik 1881, Heft 5 u. 6, pg. 105. Eichhorst, Bd. I, p. 887.
[8]) Ziemssen, Sammelwerk, Bd. VIII, 1, p. 82.
[9]) Thierfelder in Ziemssen, Bd. VIII, 1, pg. 89.
[10]) Ibid. pg. 92, 93.
[11]) Thierfelder, l. c. pg. 86 seq.
[12]) Ziemssen, Bd. VIII, 1, pg. 421 seq.; Bd. II, 2, pg. 832; Bd. VIII, 2, pg. 185 seq.
[13]) Ibid. Bd. VIII, 2. pg. 94 seq. — Virch. Arch. Bd. LX.
[14]) Chvostek in d. Wiener Klinik. 1879, Heft 9, pag. 243; Ziemssen, Bd. VIII, 2, pg. 95 seq., p. 118.
[15]) Dorpat. medic. Zeitschrift Bd. VI, 1877, p. 312.

Magisterium Bismuthi als Streupulver bei venerischen Affectionen und Hautkrankheiten.

Von
Dr. O. Petersen.

Durch Kocher[1]) ist dieses Mittel 1882 in die Zahl der Verbandmittel aufgenommen, da es eine ausgezeichnete austrocknende Wirkung besitzt und zugleich in der Beziehung aseptisch ist, dass es, wie die Versuche von Mürset und Nencki gezeigt, im Stande ist, die Entwickelung von Mikroorganismen zu verhindern. Bereits septisch inficirte Wunden kann es nicht desinficiren, folglich muss gleichzeitig beim Wundverbande ein Antisepticum wie Sublimat, Carbolsäure etc. verwandt werden.

Kocher's Methode fand bald Nachfolger, denn bereits auf dem XII. Chirurgencongress konnte Riedel[2]) über 3monatliche Beobachtungen referiren, und während der nachfolgenden Discussion sprachen sich Langenbeck und Hahn günstig über Mag. Bismuthi aus. In unserer Stadt nahmen im Peter-Paulshospitale die Collegen Dombrowski[3]) und Monastyrski die Kocher'sche Methode an, wenngleich mit gewissen Modificationen. Alle genannten Autoren sprachen sich zufrieden über die Wirkung des Mag. Bism. aus, hatten es jedoch nur gleichzeitig mit anderen Antisepticis verwandt.

In der therapeutischen Praxis ist das Mag. Bism. bekanntlich ein seit langer Zeit gern gesehenes Mittel bei innerem Gebrauch gegen Cardialgie und hartnäckige Durchfälle, obgleich man bisher über seine Wirkungsweise nichts Näheres wusste, da es für unlöslich gilt. Die Pharmakologie giebt uns darüber nur dürftige Angaben.

Buchheim[4]) hat diesem Mittel in seinem Handbuche kaum 2 Seiten gewidmet und sagt nur, dass wir über das Schicksal dieses Stoffes im Organismus nichts wissen. 25 Jahre darauf, im vergangenen Sommer, liess E. Harnack[5]) eine neu bearbeitete Ausgabe der Buchheim-schen Arzneimittellehre erscheinen, das Capitel über Wismuth gelangte jedoch fast unverändert zum Abdruck. Für uns von Interesse ist jedoch, dass schon Buchheim dessen erwähnt, dass Mag. Bismuthi zu Schminken verwandt und desgleichen bei Acne rosacea, Impetigo, Eczem etc. empfohlen worden sei, er glaube jedoch nicht, dass es etwas wirken könne. Bemerkenswerth wäre auch noch, dass Monneret bis zu 2 Unzen Mag. Bism. innerlich gegeben hat, ohne dass Vergiftungserscheinungen beobachtet worden, obgleich man schon damals durch Pott und J. Kerner Fälle von Vergiftungen mit Mag. Bismuthi kennen gelernt hatte. Im Allgemeinen herrscht auch jetzt noch die Anschauung, dass Mag. Bism. ein durchaus unschädliches Mittel sei. Dass dem nicht so, beweist auch Kocher, der wiederholt starke Salivation und blutige Durchfälle nach Wismuthverbänden gesehen; ferner ist im hiesigen Peter-Paulshospital ein Fall von Vergiftung mit tödtlichem Ausgange bei einer 55jährigen Frau beobachtet, welcher nach einer Brustdrüsenamputation die Wunde mit Mag. Bism. verbunden worden (cf. Protocoll d. Vereins St. Petersb. Aerzte in unserer Wochenschrift № 4, 1884).

Während nun die pharmakologischen Handbücher uns keinen Aufschluss über die Art der Wirkung des Mag. Bism. geben, haben wir in den oben erwähnten Arbeiten verschiedene Versuche zur Erklärung der Wirkung gefunden.

Riedel meint, dass die einzelnen Körnchen des Mag. Bism. stetig ganz geringe Mengen von Salpetersäure abgeben und dadurch die antiseptische (wohl aseptische!) Wirkung bedingt sei.

[1]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, № 224.
[2]) Deutsche Med. Zeitg. № 18, 1883.
[3]) St. Pbg. med. Wochenschr. №№ 4 u. 9, 1884.
[4]) Lehrbuch d. Arzeneimittellehre. II. Aufl. 1859. pag. 232.
[5]) Lehrb. d. Arzeneimittellehre. 1883. pag. 382.

Langenbeck scheint es, dass das Mittel eine leichte Aetzung bewirke und dadurch die Secretion vermindere.

Truckenbrod[6]) weist auf die Möglichkeit hin, dass sich Schwefelwismuth bilde und dieses chemisch wirke.

Viel Wahrscheinlichkeit hat auch eine von Poehl während einer Discussion über Wundbehandlung im Verein Petersburger Aerzte ausgesprochene Anschauung, dass das Mag. Bism. die Peptonisation und dadurch den Zerfall und die Verflüssigung der coagulirten Albuminate verhindere und dadurch die Secretion vermindere.

Jedenfalls geht aus dem Angeführten hervor, dass Mag. Bism. ohne Zweifel auf Wundflächen eine Wirkung ausübt. Hoffentlich werden die Pharmakologen uns bald genauere Aufschlüsse über die Art der Wirkung geben. Soviel steht jedenfalls fest, dass man berechtigt ist, das Mag. Bismuthi auch als äusserliches Mittel in Anwendung zu ziehen, wie es offenbar auch in früheren Zeiten schon geschehen.

Wir wollen nun von der Anwendung bei Wundverbänden absehen und in Betracht ziehen, in wie weit das Mittel bei Geschwüren und sonstigen Hautaffectionen wirksam ist. In der Literatur finden wir nur 2 Angaben darüber. Die Arbeit von Balne war uns leider nicht zugänglich, wohl aber der Aufsatz von Truckenbrod, welcher in der Würzburger Poliklinik eine Reihe von Versuchen mit Mag. Bismuthi (in Pulverform) bei Hautgeschwüren gemacht hat und zwar mit gutem Erfolg. Er hebt hervor, dass das Mittel billig und geruchlos sei, jedenfalls zwei Eigenschaften, die es vor dem Jodoform voraus hat.

Nach alledem, was wir über Mag. Bism. aus der Literatur kennen gelernt, schien es sich zu lohnen, dasselbe bei der Behandlung venerischer Geschwüre zu versuchen; wir haben es bei denselben seit dem Sommer 1883 gebraucht und können jetzt auf Grund unserer Erfahrungen an ca. 300 Kranken sagen, dass sich das Mag. Bism. bei weichen Schankern als ganz praktisch erweist, namentlich in der Privatpraxis und in der Ambulanz. Wir wenden es in *folgender Weise* an: Nachdem das Ulcus mit Sublimatlösung abgespült und gründlich abgetrocknet, wird es mit Mag. Bismuthi bepudert und ein Salicywatte-Bäuschchen daraufgelegt. Besonderes Gewicht ist darauf zu legen, dass nach jedem Harnlassen das Abtrocknen und Bepudern des Ulcus wiederholt werden muss, falls dasselbe derartig liegt, dass es bei oder nach dem Harnlassen einer Verunreinigung ausgesetzt ist. Ist der Patient genügend intelligent, um diese Bedingung exact zu befolgen, so heilt das Ulcus schnell und gut. Schon nach einigen Bestreuungen wird die Wundfläche trocken und blass, die Secretion vermindert sich und vom Rande beginnt die Vernarbung. Ist die Eiterung beim Beginn der Behandlung eine besonders reichliche, so muss die Bepuderung häufiger vorgenommen werden (bis alle 2 Stunden). Sehr ist darauf zu achten, dass keine zu dicken Schichten des Pulvers auf die Wundfläche aufgetragen werden, denn dann bildet sich eine compacte, weisse Schicht, ähnlich wie beim Salicylsäure-Bestreuen, und unter dem Schorfe dauert die Eiterung ruhig fort. Die Wundfläche darf eben nur eine ganz dünne Schicht des Pulvers erhalten. Bei phagedänischen Schankern ist das Mag. Bism. nicht am Platze und kann das Jodoform nicht ersetzen, welches in diesen Fällen so vorzüglich wirkt.

Sind wir schon mit unseren Resultaten bei Ulcus molle zufrieden, so können wir es in noch bedeutenderm Grade bei einem anderen Leiden des Genitalapparates sein, nämlich bei *Balanitis*. Wir möchten sagen, dass in diesen Fällen das Mag. Bism. überraschend schnell wirkt. Einige Bepuderungen genügen, um den Process zum Schwinden zu bringen. Da sieht man so recht die secretionsvermindernde Eigenschaft des Mag. Bism.

Mit gutem Erfolge haben wir das Mittel ferner bei nässenden syphilitischeln Papeln angewandt, wobei wir allerdings wiederum hinzufügen müssen, dass wir jede Wund-

[6]) Aerztl. Intelligenzblatt, Münch. med. W., № 5, 1883.

fläche mit Sublimatlösung zu reinigen pflegen. Jedenfalls heilen nässende Papeln, die mit Mag. Bism. bepudert wurden, viel schneller, als wenn nach der Sublimatabspülung einfach Salicylwatte darauf gelegt wurde.

Die guten Erfolge bei Geschwüren und Balanitis bewogen uns, das Mag. Bismuthi auch bei *Hautkrankheiten* zu versuchen, bei denen Continuitätstrennungen oder stark secernirende Flächen vorhanden.

Auf Grund der Truckenbrod'schen Arbeit hat Landgraf[7]) das Mag. Bism. bei nässendem Eczem und Intertrigo in *dicker Schicht* aufgetragen und guten Erfolg gesehen.

Bisher haben wir es in einigen Fällen von Eczem angewandt und schien es gut zu wirken. Schlüsse wollen wir jedoch noch nicht ziehen, da unser Material noch zu gering. Ferner hatten wir vor Kurzem Gelegenheit, uns in einem Falle von *rissigen, wunden Brustwarzen* davon zu überzeugen, dass auch hier Mag. Bism. brauchbar.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen können wir jedenfalls schon sagen, dass das Mag. Bismuthi als äusserlich angewandtes Mittel wirksam ist und beanspruchen kann, in die Zahl der bei venerischen Geschwüren und Hautkrankheiten verwandten Mittel aufgenommen zu werden. Wir erlauben uns zu hoffen, dass Collegen es der Mühe werth finden werden, unsere Beobachtungen zu prüfen und zu vervollständigen.

Zum Schlusse hätten wir noch dessen zu erwähnen, dass Kocher etc. das Mittel in Form einer 1%igen wässerigen Schüttelmixtur anwendet, wir uns jedoch ausschliesslich der Pulverform bedienen. — Einige Autoren reden von der schmerzstillenden Wirkung des Mag. Bism. Davon haben wir uns nicht überzeugen können. Andererseits ist es einige Male vorgekommen, dass Patienten nach dem Bestreuen über Schmerzen klagten. Es erwies sich jedoch, dass sie ebenso bei allen anderen Mitteln, die wir darauf anwandten, klagten. Zuweilen ist aber das Mag. Bism. durch Beimischungen von Arsen oder Blei verunreinigt, daher erscheint es praktisch, dass man in denjenigen Fällen, wo Pat. nach dem Bestreuen über Schmerzempfindungen klagen, das Pulver einer chemischen Analyse unterwerfen lässt.

Referate.

Herm. Feiertag: Beobachtungen über die sog. Blutplättchen (Blutscheiben). (Dorpater Inauguraldissertation 1883).

Verf. hat unter der Leitung von Alex. Schmidt die Schicksale der im Blutplasma stets vorhandenen Körnerkugeln, sowie der aus dem Zerfall derselben hervorgehenden Körnerhaufen und isolirten Körner, welche in der letzten Zeit unter dem Namen der Blutplättchen oder Blutscheiben so viel von sich reden machten, genauer verfolgt. Das durch Aderlass gewonnene Pferdeblut wurde in einer Kältemischung aufgefangen und ½ Stunde stehen gelassen, so dass sich die rothen und weissen Blutkörperchen zu Boden senkten; darauf wurde das drüber stehende, noch nicht geronnene Plasma vorsichtig abgehoben; in ihm befanden sich die fraglichen Körnerkugeln, Körnerhaufen und Körner noch suspendirt, da sie sich weniger rasch zu senken und zu setzen vermögen. — Verf. hat nun den raschen Zerfall der Körnerkugeln zu Körnerhaufen und weiterhin zu Körnern und die Auflösung und das Verschwinden der letzteren im Plasma direct durch Zählung im Malassez'schen Apparat festgestellt. Um ein Beispiel anzuführen, so enthielt ein Cub.-Ctm. frisch gewonnenen (nicht geronnenen) Plasmas 1680 Körnerkugeln, 8280 Körnerhaufen und 41160 Körner; 6 Stunden später waren in demselben Plasma blos noch 1140 Körnerkugeln, aber garkeine Körnerhaufen und freie Körner mehr zu finden. Es findet also im Blutplasma ausserhalb des Organismus ein fortwährender Zerfall und Schwund der Blutplättchen statt, — ein Vorgang, welcher viel Analoges hat mit dem Verhalten der farblosen Blutkörperchen im Blut; während die Auflösung der letzteren jedoch in naher Beziehung steht zur Entwickelung des Fibrinfermentes und zur Gerinnung des Bluts, liess sich im Pferdeblutplasma eine Fermentvermehrung nach dem Zerfall der Blutplättchen nicht constatiren.

Da sich diese Gebilde stets im circulirenden Blute finden, so ist anzunehmen, dass ihrem Zerfall auf der einen Seite ein gleichmässiger Ersatz durch Zufuhr ins Blut von der anderen Seite parallel geht. Da allem Anschein nach die Körnerkugeln genetisch den farblosen Blutkörperchen sehr nahe stehen, so ist die Quelle derselben wohl gleichfalls in den Lymphdrüsen und überall da zu suchen, wo die Leukocythen überhaupt entstehen. Fernere Ergebnisse der Feiertag-schen Untersuchungen, wie z. B., dass der Zerfall der Blutplättchen durch Quirlen und Rühren des Plasma sehr beschleunigt wird, dass die eigentlichen Körnerkugeln verhältnissmässig rascher schwinden als die freien Körner und dass daher der Abnahme der letzteren eine relative Vermehrung derselben im Verhältniss zur Zahl der Körnerkugeln vorhergeht, etc. sind von zu speciellem Interesse, als dass hier näher darauf eingegangen werden könnte. D—o.

J. Katzaurow: Ueber den Einfluss heisser Vollbäder und Fussbäder auf die Blutcirculation im Auge und den intraoculären Druck. (Wratsch №№ 1 und 2).

In der gegenwärtig in der Ophthalmologie üblichen Therapie finden Vollbäder keine Berücksichtigung, in alter Zeit wurden sie jedoch bei Augenleiden, namentlich von Galen empfohlen. Verf. hat eine Reihe von Versuchen (15) angestellt, um zu constatiren, welchen Einfluss Vollbäder (von 32°, 15 Minuten lang) auf das Auge ausüben. Es ergab sich, dass, nachdem die Versuchsperson ca. 10 Minuten im Bade, die Papillen deutlich blasser wurden (ausgenommen in 4 Fällen) und der Unterschied des Calibers der Arterien und Venen des Augenhintergrundes sich mehr ausglich, wahrscheinlich erweiterten sich die Venen und contrahirten sich die Arterien. Der intraoculäre Druck nahm 13 Mal bedeutend ab, 4 Mal nach 5 Minuten, in den übrigen Fällen nach 10—15 Minuten. Hieraus schliesst Verf., dass Vollbäder die Blutmenge im hinteren Abschnitt des Auges vermindern und beruht dieses auf der durchs Bad verminderten Herzthätigkeit. 8—10 Minuten nach dem Bade jedoch trat 12 Mal deutliche Vermehrung des intraoculären Druckes auf und die Papillen färbten sich röther, als vor Beginn des Bades. Ferner hat Verf. bei 2 Fällen von Glaukom und 1 Fall von Stauungspapille je 1—2 Bäder gegeben; in dem einen Fall von Glaukom veränderte sich der intraoculäre Druck garnicht, bei der Stauungspapille änderte sich die Sehschärfe nicht. Verf. kommt nun zum Schluss, dass Vollbäder als Derivans bei Augenleiden nicht anzuwenden sind.

Im Gegensatz zu den Vollbädern werden von einer Reihe von Autoren Fussbäder als Derivantia empfohlen. Verf. stellte nun auch darüber bei 15 Personen Beobachtungen an (Fussbäder von 35° R. — 15 Minuten lang). Auf Grund der dabei angestellten ophthalmoskopischen Untersuchungen kommt Verf. zum Schluss, dass in keinem einzigen Falle die erwartete ableitende Wirkung eintrat, weder Blasserwerden der Papille noch Arterienverengerung und Verminderung des intraoculären Druckes liessen sich nachweisen. Im Gegentheil, in den meisten Fällen liess sich erhöhte Blutzufuhr zum Auge constatiren, die in mehreren Fällen bis zu 20 Min. nach Beendigung des Bades anhielt. Daher stellt Verf. den Satz auf, dass arterielle Hyperämie des hinteren Abschnittes des Auges eine Contraindication zur Anwendung von heissen Fussbädern bildet. P.

E. Bull: Beiträge zur Frage von operativen Eingriffen bei Lungenkrankheiten. (Nord. med. arkiv. Bd. XIV № 26 und Bd. XV № 17).

Bei einem 25-jährigen Manne, der wiederholt Hämoptoe gehabt, diagnosticirte B. eine oberflächliche Caverne im oberen Lappen der l. Lunge, die zur Verwachsung der beiden Blätter der Pleura und zur Zerstörung derselben geführt hatte. In der Hoffnung dem Pat. Erleichterung zu schaffen, schritt B. nach vorheriger Probepunction, bei welcher nur etwas Blut entleert worden war, zur Eröffnung der Caverne. Zuerst machte B. einen Versuch durch Aetzmittel die Caverne zu eröffnen, als dieses aber zu langsam ging, schnitt er am oberen Rande der 2. Rippe ein und gelangte in eine Höhle, die nur Luft enthielt, glatte Wandungen hatte und nicht mit dem Bronchialbaum communicirte. Danach durchbohrte B. mit einer Kornzange vorsichtig den Boden der Höhle und jetzt erst trat bei der Athmung Luft durch die Wunde aus. In die Wunde wurde ein Drainrohr eingelegt und dieselbe antiseptisch verbunden.

Nach der Operation trat keine Erleichterung ein. Die Wunde wurde gangränös, es trat Kräfteverfall ein und am 7. Tage nach der Operation starb der Pat. Bei der Section fand man chron. käsige Pneumonie, eine gänseeigrosse Caverne in der l. Lungenspitze, Pleuritis sero-purulent. und fast totalen linksseitigen Pneumothorax.

Verf. glaubt, dass ursprünglich ein kleiner circumscripter Pneumothorax vorgelegen, welcher durch eine mit klappenartigem Schluss versehene Oeffnung mit dem Bronchialbaum communicirt habe und eine oberflächliche Caverne vorgetäuscht hatte.

Im Anschluss an diesen Fall theilt B. die einschlägige Literatur mit und versucht die Indicationen für Operationen bei Lungenkrankheiten zu präcisiren.

Bei einem 25-jährigen Manne, welcher schon seit 7 Jahren an Husten und Schmerzen in der Brust gelitten, diagnosticirte B. eine grosse bronchiectat sche Caverne unter dem Winkel der r. Scapula, ausserdem chron. interstit. Pneumonie und adhäsive Pleuritis. Durch eine Probepunction wurde seropurulente Flüssigkeit entleert. B. beschloss in diesem Fall operativ vorzugehen und operirte in der r. Angularlinie, im 9. Intercostalraum, theils scharf, theils mit dem

7) Aerztl. Intelligenzblatt, 1883, № 16.

*

Thermocanter, gelangte jedoch nicht in eine grössere Höhle, obgleich Luftaustritt durch die Wunde stattfand. Auch durch mehrere später vorgenommene Probepunctionen, von der Wunde aus, konnte keine grössere Höhle entdeckt werden. Etwa 2 Wochen nach der Operation fand man eines Tages den Verband stark mit seropurulenter Flüssigkeit durchtränkt. Nach der Operation wurde das Allgemeinbefinden der Pat. allmälig schlechter, die Secretion der Lungen stärker, es stellten sich Oedeme der Beine ein und 4 Wochen nach der Operation starb der Patient.

Bei der Section fand man im rechten Unterlappen nicht eine grosse bronchiectatische Caverne, sondern den Lappen durchsetzt von sehr zahlreichen cylindrischen Bronchiectasien. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die physikalische Untersuchungsmethode uns keine Mittel an die Hand giebt, um solche multiple cylindrische Bronchiectasien und eine grosse Caverne von einander zu unterscheiden und dass diese Unsicherheit ein grosses Hinderniss für die operative Behandlung der Lungenkrankheiten bildet; auch die Probepunction kann nicht immer über diese Schwierigkeit hinweg helfen, wie es der vorliegende Fall zeigt, und zum Schluss referirt B. die seit seiner letzten Arbeit publicirten Fälle von Operationen bei Lungenkrankheiten. Fr.

Wyssokowitsch: Zur Aetiologie des Milzbrandes. (Separatabdruck aus dem «Weterinarnij Westnik» 1882.)

W. hat mit Blut und Leichentheilen eines an Milzbrand gestorbenen Patienten, sowie mit Reinculturen aus diesem Material Impfungen an Thieren ausgeführt. Die Resultate waren scheinbar positive, insofern als die Thiere rasch zu Grunde gingen. Die Bacillen, die sich in den verschiedenen Organen fanden, waren jedoch nicht Anthraxbacillen, sondern Bacillen des Koch'schen malignen Oedems. Letzteren Umstand erklärt Vf. daraus, dass das verwandte Material von einem Individuum stammte, bei dem die Krankheit sich drei Wochen lang hingezogen hatte und die Anthraxbacillen im Abnehmen begriffen waren, während dagegen die Fäulnissbacterien, unter ihnen die des malignen Oedems, im Impfmaterial prävalirten. (Das betr. Material wurde 2 Tage nach dem Tode dem Cadaver entkommen.) —s.

Groedel (Nauheim): Die Entstehung des singenden, diastolischen Distanzgeräusches am Ostium aorticum. (Berl. klin. W. 1884 № 16).

Ueber Herzdistanzgeräusche überhaupt liegen im Ganzen nur wenige Mittheilungen vor. G. hatte im vorigen Jahre unter 96 Herzkranken, welche unter seiner Leitung eine Badecur in Nauheim gebrauchten, 3 Fälle von Herzdistanzgeräusch und zwar von gleicher Art. Es waren Patienten mit Insuff. valv. Aort., bei welchen an Stelle des sonst zu hörenden diastolischen Geräusches ein auf Distanz hörbarer eigenthümlich singender Ton zu hören war, welcher laut einsetzte, allmälig verklang, an Höhe abnahm und vom Ende der Systole bis zum Anfang der nächsten Systole anhielt. Wir verweisen bezüglich der Details auf die im Original mitgetheilten, höchst interessanten Fälle. Nachdem G. auseinander gesetzt, wie er sich das betreffende Geräusch (resp. den dasselbe ersetzenden Ton) entstanden denkt, gelangt er zu folgendem Resumé:

Musikalische, oft auf Distanz hörbare Geräusche entstehen bei Insuff. valv. semil. aort., wenn die Klappen dabei in einem Zustande sind, dass sie in regelmässige und gleiche Schwingungen durch das zurückströmende Blut während der ganzen Zeitdauer der Diastole versetzt werden können.

Dies ist möglich:

1) bei Dilatation des Anfangsstückes der Aorta und hierdurch bedingter relativer Insufficienz der Klappen;

2) bei wirklicher Insuff. der Klappen, wenn die Klappen noch fähig sind, in regelmässiger und gleicher Weise zu schwingen. Wahrscheinlich spielt auch hier Dilatation des Anfangsstückes der Aorta eine gewisse Rolle, insofern durch dieselbe die Klappen stärker gespannt werden.

Als Beweise werden einige Sectionsbefunde von Leichtenstern und einer von G. selbst angeführt. —

S. Hunt: Ueber die Desinfectionslehre, ein praktisches Mittel zur Vertilgung der Infectionskeime. Experimentelle Untersuchung, angestellt im Laboratorium des Prof. A. Rajewski. (Inaugural-Dissertation. St. Petersburg 1884. 259 Seiten nebst 4 Tafeln und 24 Zeichnungen im Text. (russisch).

Diese uns vorliegende Arbeit zeichnet sich vor Allem durch ihren Umfang aus. Um eine 259 Seiten enthaltende Dissertation zu schreiben, gehört viel Ausdauer und Fleiss und haben wir alle Achtung vor dem Autor derselben. Das Buch enthält folgende Capitel: Geschichte der Parasitentheorie (11 Seiten), die niederen Organismen und ihre Herkunft (30 Seiten), die Ernährung der niederen Organismen (24 Seiten), Fäulniss und Gährung (25 Seiten), die Aetiologie der sibirischen Pest (27 Seiten), die Desinfection (113 Seiten), Schlussfolgerungen (25 Seiten).

Wir sehen also, dass das Buch in der That inhaltreich, können uns jedoch nicht verhehlen, dass es nur gewonnen hätte, wenn eine strengere Scheidung der aus der Literatur zusammengestellten Angaben und der eigenen Forschungen stattgefunden hätte. Auch hätte ohne Schaden manche Kürzung vorgenommen werden können, wodurch das Buch an Klarheit gewonnen hätte. Ebenso scheint uns der Titel nicht ganz glücklich gewählt zu sein, denn die eigenen Untersuchungen beziehen sich ausschliesslich auf den Werth verschiedener Desinfectionsmittel bezüglich der sibirischen Pest. Verf. kommt zum Schluss, dass wir in der Sublimatlösung und Chlor 2 werthvolle Mittel gegen sibirische Pest besitzen.

Jedenfalls wird bei der bekannten Verbreitung der sibirischen Pest in Russland das Buch entschieden Nutzen bringen können und wünschen wir ihm eine weite Verbreitung unter den russischen Landärzten. Der Preis beträgt 2 Rbl. 50 Kop. P.

Groedel (Nauheim): Zur Behandlung Herzkranker. (Berl. klin. W. 1883 № 25).

Die von dem verstorbenen Prof. Beneke bereits vor ca. 10 Jahren publicirte Beobachtung, dass Rheumatiker mit Herzfehlern die Bäder Nauheims nicht nur sehr gut vertragen und so in die Möglichkeit versetzt sind, eine Badecur für ihren Rheumatismus zu gebrauchen, sondern auch für ihr Herzleiden selbst eine Besserung dabei erzielen, hat im Lauf der Jahre eine grosse Zahl solcher Patienten nach Nauheim geführt. Um etwa noch bestehende Zweifel zu zerstreuen hat nun G. zahlenmässig den günstigen Einfluss der betr. Bäder (3—4% kohlensäurehaltige Thermalsoolbäder von 25—26° R.) nachzuweisen gesucht. Nachdem er bereits vor mehreren Jahren durch pneumatometrische Beobachtungen nachgewiesen hatte, dass bei Gesunden während des Bades eine beträchtliche Steigerung der Respirationskraft mit gleichzeitiger Verminderung der Pulsfrequenz eintrete (Berl. kl. W. 1880 № 22), hat er nunmehr mit dem Spirometer bei einer grossen Zahl Herzkranker bei Beginn und am Ende der Badecur die vitale Lungen-Capacität gemessen und gefunden, dass fast in allen Fällen, von welchen einige als Beispiele mitgetheilt werden, eine ganz auffallende Vermehrung der Vitalcapacität zu constatiren war. Hiermit ist der Beweis erbracht, dass in der That eine Kräftigung der Herzaction und eine Entlastung des kleinen Kreislaufs durch die gebrauchte Cur stattgehabt hat. —

Behring (Winzig): Ueber Jodoformvergiftung und ihre Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift № 5. 1884).

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines durch Jodoform Vergifteten mit, die in Kürze folgenden Thatbestand aufweist. Pat. 58 Jahre alt, hat durch einen Schlag mit einem Stock eine Kopfverletzung davongetragen. Die Haut ist bis auf den Knochen in einer Ausdehnung von 5 Ctm. durchtrennt. Der Blutverlust ist ziemlich reichlich gewesen. Nach Vollschütten der Wunde mit Jodoformpulver und Anlegen eines Verbandes, wurde Pat. noch 2 Mal mit Jodoform verbunden; im Ganzen hatte er im Verlauf von 19 Tagen 12,0 Grm. Jodoform verbraucht. Nach 3 Wochen zeigten sich (während dieser ganzen Zeit litt er an Appetitlosigkeit) Gehirnerscheinungen, Toben. Bei der Besichtigung: Zunge stark belegt, wirrer Blick, widerwillige Antworten; Körpertemperatur 37°. Kleiner Puls, 104. Am Herzen, Lungen und Abdominalorganen nichts Abnormes. Urin klar, frei von Eiweiss, spec. Gew. 1034., Jodoformreaction bei zweifacher Verdünnung des Urins mit Wasser noch eben deutlich erkennbar.

Pat. erhält *Solut. Kal. 2 carb.* 15.0 : 200,0; stündlich 1 Esslöffel. In 3 Tagen war sein psychisches Verhalten wieder wie in seinen gesunden Tagen.

Auf Grund eingehender Experimente mit Kaninchen hat Verf. in Uebereinstimmung mit anderen Autoren gefunden; 1) dass das Jodoform im thierischen Körper alkalientziehend wirkt, 2) dass es in genügender Dosis durch diese Wirkung den Tod der Thiere herbeiführt, und 3) dass man im Stande ist, durch geeignete Alkalizufuhr Kaninchen eine bemerkenswerthe Toleranz gegen das Jodoform zu verschaffen.

Verfasser meint, dass für die Beurtheilung der Jodoformvergiftung ausser einer Jodwirkung noch die durch dasselbe bedingte Alkalienentziehung und ev. die Verarmung des Organismus an unverbrennlichen Bestandtheilen in Betracht zu ziehen seien. Es kämen noch hinzu gewisse prädisponirende Verhältnisse; zu solchen rechnet Verf. vorausgegangene Anwendung des Chloroforms, Alter.

Verf. empfiehlt die Zuführung von Alkalien zur Verhütung oder zur Beseitigung von Vergiftungserscheinungen bei Jodoformgebrauch. L—s.

H. Lormand: Die Hitze und der einfache Schanker. (La France med. Tome I № 42).

Auf Grund der Untersuchungen Aubert's, welcher nachwies, dass eine Temperatur von 37—38° (? Red.) das Gift des Ulcus molle vernichte, hat Verf. in 20 Fällen bei diesem Leiden, sowie bei schankrösen offenen Bubonen heisse Bäder versucht und zwar von 39—40° C., je nach dem sie vertragen wurden 3—8 Stunden lang. Wenn er vom Schankersecret nach dem Bade impfte, erhielt er einen negativen Erfolg. Meist genügte ein Bad, um das Ulcus molle in ein nicht infectiöses Ulcus umzuwandeln, zuweilen waren jedoch 2—3 Bäder nöthig.

Die Theorie hat immerhin Einiges für sich, die Methode bedarf jedoch noch zur praktischen Verwendung gründlicher Vervollkommnung. P.

S. S. Sajaizki: Ein Fall supravaginaler Amputation wegen interstitiellen Fibromyoms. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 8).

Eine 35 Jahre alte Nonne litt seit drei Jahren beständig an Blutungen aus den Geschlechtstheilen. Subcutane Ergotininjectionen hatten zeitweilig geholfen. Bei der Untersuchung in der Narcose fand Verf. die Uterushöhle um das doppelte vergrössert und in der vorderen Wand des Uterus einen Tumor, Uterus sammt Tumor hatten die Grösse des Kopfes eines Erwachsenen. Die Geschwulst war frei beweglich. Es wurden Einschnitte in die vordere Wand gemacht und Solutio Savage (Jod.) eingespritzt. Auch dieses half auf kurze Zeit, aber bald erneuerten sich die Blutungen mit grosser Heftigkeit; die Pat. wünschte durchaus von ihrem Leiden befreit zu werden, es wurde daher am 2. November die supravaginale Amputation ausgeführt. Am Abend vor der Operation traten Blutungen ein, die Verf. für die menstruellen hielt, darin aber keine Contraindication gegen die Vornahme der Operation sah. Der Befund am Präparat bestätigte die Annahme der menstruellen Natur der Blutungen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden an die Lig. lata je zwei Ligaturen gelegt, die Ligamente durchtrennt, dann eine Péan sche Nadel durch die Cervix geführt in der Höhe des Os uteri internum und die Cervix so in zwei Portionen nach beiden Seiten ligirt. Darüber wurde der Uterus nach Schröder abgetragen und der Stumpf durch drei Reihen Etagennähte vereinigt und versenkt. Am 7. Tage war die Temperatur normal, am 8. Tage 38°, es entleerte sich Eiter aus dem Cervicalcanal, nach Einführung eines Drainrohrs wurde die Temperatur normal. Verf. schlägt daher vor, am Stumpf die Schleimhaut nicht zu nähen, nur zwei Reihen Nähte anzulegen und zwar die Muskelschicht des Uterus durch Metallnähte, die Serosa durch Catgutnähte zu vereinigen und in den Cervicalcanal ein dünnes Drain einzuführen. Es war unter Spray von 5 % Carbollösung operirt worden. T.

Gugl: Die Behandlung des Delirium tremens mit Paraldehyd. (Zeitschr. f. Therap. № 4).

Verf. hat in 4 von ihm beobachteten, typischen Fällen von Del. trem. mit bestem Erfolg Paraldehyd gegeben, und das Mittel sogar einmal, wo das sonst gebräuchliche Chloral seine Wirkung versagte, noch vorzüglich wirksam gefunden. Die Dose ist zunächst 3 Grm. Parald., denen in halbstündigen Intervallen noch je 2 Grm. folgen, bis Schlaf eintritt, und zwar giebt G. das Paraldehyd mit der 2—3-fachen Quantität Tct. cort. aurant. mit Syrup. cort. aurant. od. in ¹/₈ L. Zuckerwasser.

Die Vorzüge, die Verf. dem P. zuschreibt, bestehen zunächst in seiner Gefahrlosigkeit, die gestattet, dasselbe in sehr grosser oder wenigstens häufig wiederholten Dosen zu geben, und namentl. auch in den Fällen, wo durch Complicationen von Seiten anderer Organe die Darreichung von Opium und Chloral contraindicirt wäre. Als weiteren Vorzug des Mittels rühmt G. an demselben, dass der nach P. eintretende Schlaf in Bezug auf Ex.- und Intensität allen Anforderungen vollkommen entspricht, weshalb er dasselbe vorkommenden Falls aufs Wärmste empfiehlt. S.

F. Terrier: Eine 2. Serie von 25 Ovariotomien. (Revue de chirurgie № 1).

Während T. bei seinen ersten 25 Ovariotomien eine Mortalität von nur 12 % hatte, gaben die weiteren 25—36 % Todesfälle. Die Ursache lag darin, dass es sich meist um ältere Frauen handelte, die sehr heruntergekommen waren. Bei den tödtlich verlaufenden Fällen handelte es sich zum Theil um sehr grosse Geschwülste; 8 starben an acuter, 1 an chronischer Peritonitis. P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Maximilian Bresgen: Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mund- Rachen-, und Kehlkopfskrankheiten für Aerzte und Studirende. Mit 156 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg 1884.

Verf. hat sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt die gen. Erkrankungen, welche noch bis jetzt von dem gewöhnlichen praktischen Arzte etwas stiefmütterlich und summarisch behandelt werden, in compendiöser Weise zu bearbeiten. Möchte das Buch durch seine voraussichtliche Verbreitung (ähnlich dem über den chronischen Nasen- und Rachencatarrh v. dems. Verf. 1881) der Laryngoskopie und besonders der noch viel zu wenig geübten Rhinoskopie recht viele Adepten erwerben. Das 250 Seiten starke Bändchen ist mit sehr guten Holzschnitten ausgestattet und hält sich an die solide Wiener Schule, deren Boden ja die ersten Blüthen der betr. Disciplin entsprossen sind. Der anatomische Theil ist mit vortrefflichen Zeichnungen Zuckerkandl's, Schnitzler's, Luschka's u. Störk's geschmückt und kann als sehr gelungen bezeichnet werden. Was das Instrumentarium betrifft, so ist die Abwesenheit des bei uns schon lange die in vieler Beziehung precären Kehlkopfpinsel ersetzenden Wattebauschklemmers [1]) zu bedauern.

[1]) Der Autor des hübschen Instruments ist mir unbekannt; erworben ist es von mir beim Instrumentenmacher Bose.

Dieses aus zwei, in kleine Oesen auslaufenden, mit kleinem Schieber zu schliessenden Platin-Doppeldrähten bestehende Instrument gestattet bei grosser Zartheit in der Application gleichsam für jede Pinselung einen neuen Pinsel zu haben. Im Abschnitt über die chronische Rhinitis scheinen uns die Ausführungen des immerhin sehr verdienten Carl Michel (Krankh. der Nasenhöhle etc. Berlin 1876) zu wenig berücksichtigt. Der Ausdruck Ozaena ist gar nicht erwähnt. Bei der Therapie der acuten Pharyngitis gedenkt Verf. weder des Tannins zum Pinseln noch der Borsäure zum Gurgeln, empfiehlt dagegen mit Unna das wegen seiner Widrigkeit entschieden bedenkliche Recept; Ichthyoli 5,0 Aetheris, Spiritus ana 50,0. Das durch diesen Spray erzeugte Brennen dürfte wohl bei keinem Pat. Beifall finden. Für bedenklich in Bezug auf mögliche Intoxication möchten wir die mehrfach vom Verf. empfohlenen ½stündlichen Gurgelungen mit 5 % Kali chloricum erklären. Bei uns ersetzt die viel unschuldigere Borsäure fast durchgehends dieses alte, bei unvorsichtigem Gebrauch gefährliche Mittel. Das Capitel Ranula erscheint etwas stiefmütterlich behandelt und der Schlusssatz, in welchem zu ihrer Beseitigung nudo verbo «die Galvanocaustik» empfohlen wird, dürfte doch wenigstens für den Studenten nichts fassliches enthalten. — Viel liebevoller verhält sich Verf. zum Kehlkopf und erscheint erst da in seinem Element. Doch ist die geringe Berücksichtigung der subchordalen Schwellungen zu bedauern und deutet darauf, dass Verf. wenig mit Kindern zu thun gehabt hat. Eine Vervollständigung in dieser Beziehung wäre zu wünschen — etwa an der Hand der Ausführungen Dehio's.[2]) Dass Verf. gar Nichts über die Tracheotomie bringt, scheint mir dem Zwecke des Buches nicht entsprechend zu sein, da es doch dem alleinstehenden praktischen Arzte an die Hand gehen soll. Eine compendiöse Darstellung der Indicationen und Methoden hätte ja nicht allzuviel Raum eingenommen. Selenkow.

[2]) Jahrb. f. Kinderheilk. 1883.

N. Plissky: Ueber Kleptomanie (angeborenen Hang zum Diebstahl). St. Petersburg 1884. 40 S. (russisch).

Verf., Nichtarzt, sucht durch Mittheilung einer ganzen Reihe von Fällen unwiderstehlichen Triebes zum Stehlen nachzuweisen, dass es, entgegen der Ansicht der neuen Psychiater, eine wirkliche Kleptomanie gäbe und dass durch die Verwerfung dieser Form von Monomanie durch Wissenschaft und Gesetzgebung so mancher Unschuldige durch das Gericht zu schwerer Strafe verurtheilt worden sei. Ref. hat sich nach aufmerksamer Durchsicht dieser an sich ganz interessanten Brochüre doch nicht von der Richtigkeit der Plissky'schen Ansicht überzeugen können, da das Werkchen durchaus keine psychologischen Deductionen, sondern nur eine Reihe von Anekdoten giebt, welche man auf Treu und Glauben annehmen muss. Hz.

Transactions of the Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland. Baltimore 1883.

Die Verhandlungen der Facultät, welche ihre Versammlungen alljährlich abhält, liegen uns aus dem vorigen Jahre als ein stattlicher Band in der Stärke von 302 Seiten vor. Wir finden da der Reihenfolge nach angegeben die Functionäre, die Comités und Sectionen der Facultät, weiterhin die Protokolle der Sitzungen, die geschäftlichen Berichte der einzelnen Comités, die Eröffnungsrede des Präses; und endlich kommen, und nehmen ungefähr drei Viertel des ganzen Werks für sich in Anspruch, die wissenschaftlichen Berichte der einzelnen Sectionen, die alle Disciplinen der medicinischen Wissenschaft umfassen.

Diese Arbeiten zeugen für den wissenschaftlichen Ernst der amerikanischen Facultät. Ref. enthält sich, als nicht competent, eines Urtheils über Arbeiten aus Disciplinen, wie Gynäkologie, Pharmakologie, Hygiene und innere Medicin, kann aber bezüglich der Berichte der chirurgischen Section, der für Rhino-Oto-Laryngologie nur sein günstiges Urtheil aussprechen. Der Bericht der chirurg. Section über Werth und Berechtigung der Gastrotomien, Nephrectomien, Splenotomien und der Magenresectionen ist klar, gut motivirt, schneidig. Ebenso sind unter Anderen die Arbeit über Larynxstenosen und deren Behandlung durch Dilatation und eine andere kleine über Larynxneurosen gute, während die Arbeit «einige Bemerkungen über den Nasoauralcatarrh und dessen rationelle Behandlung» geradezu zu den besten in diesem Gebiete gerechnet werden muss, sowohl wegen der Klarheit und Einfachheit der Schilderung, als wegen der Bekanntschaft mit der neuesten Literatur und dem neuesten Standpuncte der Wissenschaft.

Druck und Ausstattung gut und praktisch, nur einige Druckfehler, besonders bei deutschen Namen, zu rügen. N.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Aneurism of the femoral artery and a knife wound of the intestines by Dr. W. O. Roberts. — (Sep.-Abdr. a. d. «American practitioner», October 1883 u. Januar 1884). Louisville 1884.

— Die Typhus-Epidemie im Königl. Sächs. I. Ulanen-Regiment № 17 zu Oschatz im Herbst 1882. Eine

ätiologische Studie von Dr. med. H. A. Ramdohr. Mit 1 lith. Taf. u. 7 Abbild. — E. Bänsch, Leipzig 1884.

— Zur Naturgeschichte der Syphilis von Schumacher II. (Sep.-Abdr. a. d. «Monatsschrift für praktische Dermatologie». I. Band. № 6).

— Die Entstehung des singenden, diastolischen Distanzgeräusches am Ostium aorticum von Dr. Grödel. (Sep.-Abdr. a. d. «Berl. klin. Wochenschr.» 1884 № 16.)

— Die Entstehung der menschlichen Rachendiphtherie. Nach Beobachtungen während d. letzten Leipziger Diphtherie-Epidemie 1883—1884 von Dr. M. Taube. — C. Reissner, Leipzig 1884.

— Ueber die Ligatur der Carotis von Dr. J. Friedländer. — Inaug.-Dissert., Dorpat 1884.

— Bericht des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern für 1881. — St. Petersburg 1884. (russ.)

— Handbuch der zahnärztlichen Technik von Zahnarzt J. Chruschtschow. Mit 245 Abbild. im Text. — St. Petersburg 1884. (russ.).

— Telephonische Untersuchungen über die elektrischen Erscheinungen im Muskel- und Nervenapparat von N. Wwedenski. — St. Petersburg 1884. (russ.).

— Ueber sanitäre Controle als Maassregel gegen die Diphtherie von J. Koljanowski. — Poltawa 1881. (russ.).

— Handbuch der allgemeinen Hygiene von Fr. Sander. Ins Russ. übers. unter d. Redact. von Prof. A. Dobroslawin von K. Kowalkowski. I. Th. — J. Bilibin. St. Petersburg 1884.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 13. April 1883.

Dr. Hampeln berichtet über einen Fall von Invagination des Ileocoecalostiums complicirt mit lateraler secundärer Invagination des Coecum (veröffentlicht in der St. Pet. Med. Wochenschr. 1883).

Dr. Schwartz demonstrirt ein Präparat und Photographien, entnommen von einem 4-jährigen Knaben mit Riesenwuchs des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand. Die mit einander verwachsenen Finger wurden im Metacarpo-phalangealgelenk exarticulirt. Patient war im Uebrigen vollständig normalgebildet, in seiner Ascendenz sind ähnliche Missbildungen nicht beobachtet worden.

Dr. Bergmann legt eine Croupmembran der Trachea eines 51-jährigen Mannes vor, der an einer primären Bronchitis crouposa starb. Patient hustete dieselbe am vierten Krankheitstage, 24 Stunden vor seinem Tode, aus, nachdem die Tubage seines Kehlkopfes mit dem Katheter № 12 versucht worden war. Dieselbe entspricht der Länge der Trachea, zeigt deutlich Abdrücke der Trachealringe, ist in ihrer ganzen Ausdehnung röhrenförmig, an ihrem unteren Ende dichotomisch getheilt.

Im Anschluss hieran demonstrirt Dr. Hübner den croupösen Ausguss der Trachea und beider Bronchi, welche er mit der Pincette einem 4½-jährigen, wegen descendirenden Larynxcroups tracheotomirten Knaben am Nachmittage des Operationstages aus der Trachealwunde entfernt hat. Tod gegen Abend desselben Tages.

Dr. Mercklin verliest seinen Vortrag über Hyoscyamingebrauch bei Psychosen. Vortragender berichtet über die Versuche, die er nach Vorgang von Mendel, Gnauck u. A. mit subcutanen H-injectionen bei unruhigen Geisteskranken angestellt hat. Es empfiehlt sich, nur das Hyosc. crystallisatum album purissimum zu benutzen. Seine Versuche haben Vortragenden zu folgenden Resultaten geführt: Das Hyosc. verdient bei dem jetzigen Stande unseres Arzneischatzes bei einer Gruppe von psychischen Aufregungszuständen als symptomatisches Mittel allen übrigen Beruhigungs- und Schlafmitteln vorgezogen zu werden, so namentlich bei Tobsucht im Verlauf der Dementia paralyt., bei genuiner und periodischer Manie. Man beginnt die Anwendung des Hyosc. am besten mit der subcut. Injection von Gr. $^1/_{12}$ und steigt nach Bedürfniss bis zu Gr. $^1/_8$—$^1/_6$. Bei dieser Dosirung und richtiger Auswahl der Fälle sind schädliche Nebenwirkungen nicht zu beobachten. Als Contraindication sind anzusehen: Herz- und Gefässkrankheiten, Anaemie, schwacher Ernährungszustand. Das Hyosc. ist contraindicirt bei den meisten Fällen von sogenannter Puerperalmanie, bei den hallucinatorischen Formen der Verrücktheit, bei allen Aufregungszuständen, die auf Angst beruhen. Ebenso, da es keine schmerzstillende Wirkung hat, bei Erregungen, denen Neuralgien zu Grunde liegen.

Sitzung am 27. April 1883.

Dr. Krannhals stellt einen ca. 30-jährigen kräftigen Mann aus der Tuckumschen Gegend vor, welcher an einer Mischform von Lepra tuberosa und anästhetica leidet; Gesicht und Hals sind mit braun und blau gefärbten flachprominenten Knoten bedeckt; am übrigen Körper finden sich nur vereinzelte blaue Flecke. An beiden Oberarmen finden sich streng symmetrisch je zwei dunkelbläulich pigmentirte Kreise, deren jeder einen kleineren, concentrischen, noch dunkler pigmentirten Kreis in sich beherbergt; eine ähnliche Figur an der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Innerhalb dieser Kreise ist die Sensibilität stark herabgesetzt; hochgradige Anästhesie des linken Unterschenkels. — Die ersten Knoten im Gesicht zeigten sich vor 5—6 Wochen.

Dr. Carlblom macht auf die Seltenheit von Lepra im südlichen Livland im Gegensatz zu dem relativ häufigen Vorkommen im nördlichen Theil des Landes aufmerksam.

Dr. Brainin verliest seinen Vortrag: Ueber Phrenologie. In Anlass des Umstandes, dass das Interesse für phrenologische Speculationen und Untersuchungen sich in Amerika und Deutschland wieder zu regen beginnt und die Demonstrationen wandernder Phrenologen wohl auch bei uns zu erwarten seien, giebt Vortragender eine Uebersicht der Geschichte der Phrenologie von Gall an und schliesst mit einer Kritik dieser Lehre. So wenig die Gall'schen Lehren haltbar erscheinen, so hat doch die Phrenologie anregend gewirkt und enthält ebenso durch die Zerlegung des geistigen Lebens in einzelne Componenten, durch den Hinweis auf das Bestehen von Centren ein Körnchen Wahrheit, wie sie zu cranioskopischen Betrachtungen überhaupt, wenn auch in weniger theoretisirender Richtung, Veranlassung giebt.

Dr. Holst betont, dass mit der Gall'schen Schädellehre auch der Ausdruck Phrenologie verschwinden und durch das Wort «Cranioskopie» ersetzt werden müsse. Dass eine wissenschaftliche Cranioskopie denkbar ist, beweisen die Untersuchungen Benedict's über Verbrecherschädel.

Dr. Hehn bemerkt, dass die fortschreitende Erforschung des Baues, der Form und der Functionen der Grosshirnrinde auch cranioskopischen Forschungen vielleicht eine Zukunft verspricht.

Dr. Mercklin betont die Schwierigkeit gerade derartiger Untersuchungen. Wenn auch aus bestimmten Schädelformen ein Schluss auf gewisse pathologische Geisteszustände zu wagen sei, so seien dies doch nur die extremsten Fälle. Untersuchungen der Form und des individuellen Baues der Grosshirnrinde versprächen allerdings mehr Erfolg, könnten aber nur mit Erfolg von sehr erfahrenen und geübten Beobachtern angestellt werden.

Dr. Heerwagen führt an, dass die Beobachtung von Asymmetrien, Disproportionen bei der Festellung von psychischen Krankheitszuständen von anerkannter Wichtigkeit sei. Allerdings seien auch hier die extremsten Fälle ausschlaggebend.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 31. Januar 1884.

Dr. chem. A. Poehl (Gast) hält einen Vortrag «über die bacterioskopische Untersuchung des Newawassers». (*Der Vortrag bildet einen Theil einer grösseren zum Druck bestimmten Arbeit*).

Die Untersuchungen hat P. bereits 1880 begonnen. Das Newawasser zeichnet sich durch einen bedeutenden Gehalt leicht oxydirbarer organischer Substanzen aus. Ferner enthält es flüchtige Bestandtheile, von denen sich 3,6—3,7 auf 100000 im destillirten Wasser wiederfinden lassen. Merkwürdig gleichmässig ist die Zusammensetzung des Newawassers, von welchem P. Proben untersuchte, die in der Nähe des Ladogasees, bei der Nicolaibrücke und unterhalb der Stadt dem Fluss entnommen wurden. Die suspendirten Bestandtheile sind natürlich in ihrer Quantität sehr wechselnd, während des Eisganges am reichlichsten zu finden, jedoch haben sie auf die chemische Zusammensetzung des Newawassers wenig Einfluss. Der Gehalt an Salpetersäure und NH_3 ist sehr gering.

Im Gegensatz zum Newawasser zeigt sich das Wasser der Canäle bedeutend verunreinigt, am Stärksten eigenthümlicher Weise bei der Polizeibrücke. Die ärgsten Verunreinigungen finden sich im Flüsschen «шкиперская», welches auf dem Smolenski - Kirchhof seinen Ursprung nimmt. Seit dem Herbst des vergangenen Jahres hat P. seine bacterioskopischen Untersuchungen begonnen und fand im Newawasser, welches er auf Nährgelatine impfte, 8 verschiedene Arten von Bacterien. Soweit P. bisher urtheilen kann, erscheint das Newawasser nicht sehr durch Mikroorganismen verunreinigt (ca. 300 in 1 Ccm.), wohl eine Folge der Schnelligkeit des Stromes. Das Kanalwasser hingegen zeigt ganz bedeutenden Mikroorganismengehalt, der bei der Polizeibrücke auf über 100000 pro 1 Ccm. steigt.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Untersuchungen des *Wasserleitungswassers*. Die chemische Untersuchung ergiebt keine wesentlichen Verschiedenheiten, wohl aber die bacterioskopische, die beim Wasser aus der «alten» Wasserleitung kolossale Bacteriengehalte nachweist. In Häusern, wo Wasserreservoire vorhanden, ist die Verunreinigung eine wesentlich stärkere. Die neue Wasserleitung giebt bedeutend reineres Wasser. Im *Newa-Eis* fand P. ca. 150 Mikroorganismen pro 1 Ccm., im *Schnee* bei Beginn eines Schneefalles (am 21. Januar a. c). 312 Mikr. pro Ccm., nachdem derselbe ca. 3 Stunden angedauert, dagegen nur 52 pro Ccm.

In der dem Vortrage folgenden *Discussion* macht Dr. Ucke darauf aufmerksam, dass es interessant wäre, zu untersuchen, welchen Einfluss die neuerdings auf den Canälen eingeführten Dampfschifffahrten, die bedeutende Wasserbewegungen bewirken, auf die Zusammensetzung des Canalwassers ausüben. Bezüglich der Wasserleitung wird an die Thtsache erinnert, dass in einem Hause aus dem Krahn der Wasserleitung eine Taenie herausgekommen sei. Die Entstehung der bekannten Magendarmcatarrhe der An-

gereisten in Petersburg erklärt sich durch den geringen Gehalt des Newawassers an Kalksalzen.

Sitzung am 14. Februar 1884.

Dr. chem. A. Poehl (Gast) spricht «*über die Bedeutung der Ptomaine in gerichtsärztlicher Beziehung*». Die Ptomaine haben schon wiederholt zu Verwechselungen mit Alkaloiden geführt und Missverständnisse in der gerichtlich-chemischen Expertise verursacht.

Vor nicht langer Zeit hat auch ein derartiger Fall sich in Russland ereignet und ist im hiesigen Medicinalrath zur Verhandlung gekommen. P. theilt darüber Folgendes mit:

W. L. 33 Jahr alt, bisher stets gesund gewesen. stirbt plötzlich nach dem Genuss einer Suppe, deren Geschmack ihm bitter erschienen. Es traten Schwindel, Brechneigung und Bewusstlosigkeit auf, darauf der Tod. Die gerichtlich-chemische Expertise in der K'schen Gouvernements-Medicinalverwaltung, sowie im Medicinaldepartement wies jedes Mal in den Eingeweiden *Strychnin* nach. Nach dem Geständniss der Schuldigen soll der Verstorbene jedoch nicht mit Strychnin, sondern mit Atropin vergiftet worden sein. Der Expert des Medicinaldepartements legte seiner Expertise ein Uhrgläschen mit einer Substanz vor, welche er durch Extraction mit Aether und Lauge aus Leichentheilen des W. L. erhalten. Er hielt sie für Strychnin, weil sie sich mit Schwefelsäure und Doppeltchromsaurem Kali violett färbte.

Dr. Poehl, vom Medicinalrath zur nochmaligen Untersuchung aufgefordert, fand, dass die vorgestellte Substanz allerdings einige Eigenschaften des Strychnin besitze, jedoch ein *Fäulnissalkaloid* sei, welches sich dadurch vom Strychnin unterscheidet, dass es sich leicht in Wasser löse, nicht bitter schmecke, keine optische Activität besitze und sich nicht intensiv violett färbe. Dr. Anrep führte mit der eingeschickten Substanz an Fröschen physiologische Versuche aus und erhielt das Bild der Strychninvergiftung.

P. meint, dass das im vorliegenden Falle gefundene Ptomain mit dem von Brugnatelli und Balbiano in faulendem Mais gefundenen identisch sei.

Bei nochmaliger Untersuchung von Körpertheilen des W. L. fand P. weder Ptomaine noch Strychnin.

Zum Schluss macht P. noch darauf aufmerksam, dass Amylalkokol Ptomaine enthalte. Dieses sei von besonderer Wichtigkeit für die Frage, ob Morphium in den Harn übergehe. In den Fällen wo man es angeblich im Harn wiedergefunden, habe man bei der Reaction Amylalkohol angewandt und dadurch Ptomaine hineingebracht, die Morphium vortäuschten.

Secretair Dr. O. Petersen.

Correspondenz.

Unlängst wurde im «Medic. Westnik» mitgetheilt, wie weit die Frechheit der Feldscheerer in den Residenzen gehe, dass ein Petersburger Professor einmal eine Consultation mit einem «Doctor» am Krankenbett abhielt, der sich in der Folge als Feldscheerer erwies. Dies Beispiel blieb auch in Moskau nicht ohne Nachahmung, nur handelte leider der «Professor» bewusst.

Keinem ist es ein Geheimniss, dass in Moskau einige Feldscheerer eine ausgebreitete Praxis haben: sie fahren in Equipagen mit 2 Pferden, an Feiertagen in der Uniform irgend einer philanthropischen Gesellschaft (in der sie als Zahnärzte angestellt sind) mit Orden und Dreimaster einher. Von solchen Feldscheerern nenne ich Nikiforow und Kudrjawzew. (Der letztere hat durch seine Praxis sich ein wunderschönes Haus gekauft.) Gefördert wird diese Unordnung theils von den Aerzten selbst, theils vom Publicum; bei diesem letztern, namentlich in Moskau und zwar in Kaufmannskreisen, herrscht bis jetzt noch die alte, auf sie als Vermächtniss übergegangene Anschauung über die Medicin, nämlich die Aerzte aus gelehrten Collegien zu meiden, sich jedoch an Barbiere zu wenden, welche zuweilen eigene Behandlungsweise mit Zauberformeln zu vereinigen verstehen, was natürlich den Abergläubischen sehr gefällt. — In diesen Tagen erkrankte hier die reiche Smirnowa, deren Tochter den Millionären Philippow geheirathet hat, und siehe, zu ihr wurde der Feldscheerer Nikiforow gebeten; die Krankheit war augenscheinlich eine ernste, so dass zur Consultation der hier unter dem Titel eines «Professors» bekannte Veterinärarzt Bokow hinzugebeten wurde. Der «Professor» machte zwei Visiten, während Nikiforow fortfuhr, zu behandeln — die Kranke starb.

Mir scheint, dass bewusst zu einer Consultation mit einem Feldscheerer höchstens ein Veterinär-Feldscheerer erscheinen könne, doch ein Arzt dürfe sich das doch nicht erlauben.

Bei uns existirt eine gesetzliche Bestimmung, dass wenn ein Mensch in Folge seiner Unwissenheit Gefahr läuft umzukommen, so mischt sich die Administration ins Mittel und gewährt demselben Hülfe; wenn also Kranke in Folge falscher Behandlung der Feldscheerer sterben, und dadurch die Procentziffer der Mortalität erhöhen, so ist die Medicinalbehörde verpflichtet in diese Angelegenheit einzugreifen und dieses Uebel auszurotten. Ich zweifle, dass unsere Medicinalbehörde dieses nicht weiss; falls sie jedoch nichts von der freien Praxis der Feldscheerer in Moskau wissen sollte, die Keinem Bericht erstatten, die eine Menge leichter epidemischer Krankheitsfälle verheimlichen, und auf diese Weise drohende Gefahren verbreiten, so — doch sie soll es erfahren!

A propos, eine höchst erfreuliche Mittheilung: Es erweist sich, dass die wiederholt abgedruckten Artikel in den medicinischen Journälen hinsichtlich der sanitären Verhältnisse in den Städten überhaupt, und in Moskau im Speciellen, nicht eine heulende Stimme in der Wüste geblieben sind, sondern dass, wie die Moskausche Zeitung mittheilt, das Ministerium des Innern seine ernste Aufmerksamkeit darauf gerichtet hat und dass bereits hinsichtlich dieser Frage vom Herrn Minister ein Erlass über die pünctliche Aufrechterhaltung des für diese Angelegenheit gültigen Gesetzes erfolgt ist, zugleich die Erinnerung, dass schon öfters den Gouvernementsbehörden die Beachtung der sanitären und hygienischen Zustände der Städte eingeschärft worden ist, doch immer ohne Erfolg, mit dem schliesslichen Hinweiss darauf, dass die äussere Reinlichkeit und Ordnung in den Städten eine Zierde des Staates sei und das beste Mittel, die Bevölkerung gesund zu erhalten.

Man kann nicht umhin sich von Herzen zu freuen, dass der Herr Minister einer so wichtigen Angelegenheit für die Bevölkerung, wie es die sanitären und hygienischen Verhältnisse der Städte sind, eine so ernste Beachtung zugewandt hat, ein Gegenstand, der bei uns vernachlässigt und verwahrlost war bis zum Ekel.

Damit der Leser Gelegenheit habe, sich davon zu überzeugen, wie berechtigt dieser Vorwurf, so betrachte er das reliefmässig hingeworfene Bild, welches die sanitären Verhältnisse Moskau's wiedergiebt, ausführlich beschrieben vom Correspondenten in № 7 der «St. Pet. Wochenschr.» vom 18. Februar (1 März) für's Jahr 1884.

Die locale Medicinalbehörde hat ebenfalls viel Nachlässigkeit in Hinsicht der sanitären und hygienischen Verhältnisse Moskau's bewiesen, indem sie die Polizeiärzte an Händen und Füssen gebunden, mit verschiedenen Formalitäten umstellte, welche weder gesetzliche, noch das Gemeinwohl betreffende Bedeutung haben. Der Polizeiarzt, der sich erlauben würde, irgend wo in der Stadt die Vernachlässigung des medicinal-polizeilichen Reglements, die Uebertretung der hygienischen und sanitären Bedingungen, die schädliche Getränkefabrikation etc. aufzudecken, mit einem Wort, falls der Arzt mit der gesetzlichen Bestimmung bekannt, die Absicht hätte voll Eifer das Gesetz zu erfüllen, — würde er sich Verfolgungen, Angriffen und Entlassung aus dem Dienst ohne Widerrede aussetzen, wegen «Beunruhigung der Einwohner» namentlich derer, die uns des materiellen Interesses halber unauslöschbaren Schaden zufügen.

Jetzt hat in dieser Angelegenheit der Oberpolizeimeister einen thätigen Antheil genommen, und es scheint, dass Alles Hand und Fuss bekommen hat und so können wir hoffen, dass endlich das Gesetz heilig gehalten wird — weiter brauchen wir nichts, da in demselben ja Alles bis zur geringsten Kleinigkeit vorgesehen ist, nur gehören zum vollkommenen Verständniss und zur Erfüllung desselben — eben aufgeklärte Menschen.

N—.

Dr. Adalbert Lehwess. †

Am 21. Mai (2, Juni) starb in Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Adalbert Lehwess, früher Arzt der Deutschen Botschaft in St. Petersburg und einer der bekanntesten und beliebtesten unter den praktischen Aerzten unserer Residenz.

Lehwess war Berliner von Geburt, absolvirte seine Studien in seiner Vaterstadt, etwa gleichzeitig mit Billroth und Leyden, mit welchen er bis zuletzt eng befreundet war, und war dann einige Zeit Assistent Traubes. Später vervollständigte er seine Studien in Paris und London.

Im Jahre 1860 kam er nach Dorpat um die Venia practicandi für Russland zu erlangen und liess sich darauf 1861 als prakt. Arzt in Petersburg nieder. Hier hatte er im Laufe der 21 Jahre seiner Wirksamkeit eine ausgedehnte Privatpraxis, namentlich in den besten Gesellschaftsclassen, war ausserdem Consultant an der Maximilianowskaja-Ambulanz, Arzt des pädagogischen Instituts und der Deutschen Botschaft. In letzterer Eigenschaft hatte er die Besichtigung der Militärpflichtigen für's Deutsche Reich.

Bereits 1880 und 1881 machten sich bei ihm sehr deutliche Herzbeschwerden bemerkbar, welche ihn bald zwangen seine Praxis aufzugeben. Im Februar 1882 verliess er St. Petersburg und lebte abwechselnd in Nizza, Wiesbaden und Berlin, — vielfach durch sein Herzleiden gequält, oft ernstlich krank, — aber immer heiter und gefasst.

Lehwess blieb unverheirathet; ein reich begabter und vielseitig gebildeter Geist, sein liebenswürdiger heiterer Charakter machten ihn rasch zu einem sehr gesuchten Arzt und beliebten Gesellschafter in den verschiedensten Kreisen. In seinem Fach hervorragend tüchtig und fortgesetzt bestrebt sich weiter fortzubilden, nahm er eifrig Theil an dem collegialen Vereinsleben; mehrere Vorträge die er im allg. Verein St. Petersburger Aerzte hielt, errangen allgemeine Anerkennung; so u. A. die mechanische Behandlung der Lungen vermittelst des pneumatischen Apparats (den L. bereits 2 Jahre vor Waldenburg demonstrirte), über Pilocarpin bei Diphtherie (*vor* Guttmann), über Erkrankungen bei Caisson-Arbeitern u. s. w. Bei seinem Scheiden aus St. Petersburg ernannte der Verein ihn zu seinem Ehrenmitgliede.

Im letzten Jahre seines Hierseins half er sehr wesentlich mit zur Durchführung der Idee eines Deutschen Männerhospitals; auf L.'s Vorschlag beschlossen die Deutschen Reichsangehörigen zur Erinnerung an den soeben hingeschiedenen Kaiser Alexander II. ein solches zu begründen.

So hat denn Adalbert Lehwess unter uns viel gewirkt nach allen Richtungen; seine gewinnende Persönlichkeit wird nicht so bald vergessen sein!

Ehre seinem Andenken! M.

Vermischtes.

— Der bekannte Frauenarzt Geheimrath Dr. Hugenberger, Director des Gebärhospitals beim Moskauer Findelhause, ist zum Präsidenten des Moskauschen evangelisch-lutherischen Consistoriums ernannt worden, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Dem Gehülfen des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals Staatsrath Dr. Hohlbeck ist der St. Wladimir-Orden III. Classe und dem Chef des Medicinalwesens und Oberarzt des Marinehospitals in Wladiwostok Staatsrath Dr. Siebert der Wladimir-Orden IV. Classe verliehen worden.

— Bei der hiesigen militär-medicinischen Academie sind, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, auf Beschluss des Militär-Conseils 10 etatmässige Docenturen creirt worden, welche durch Wahl der Conferenz aus der Zahl der ca. 40 Privatdocenten der Academie besetzt werden sollen. Ihre Besoldung ist gleichgestellt derjenigen der Aerzte, welche der Academie zur weiteren wissenschaftlichen Vervollkommnung zucommandirt werden. Von diesen 10 Docenturen sind bereits drei besetzt worden: Dr. N. Wassiljew wird bei der Klinik des Prof. Botkin über «Bakteriologie der Infectionskrankheiten», Dr. Danillo bei der Klinik des Prof. Mierszjejewski über Nervenkrankheiten und Dr. M. Lawdowski bei Prof. Tarchanow über Mikrophysiologie lesen.

— Dr. N. Ssimanowski hat sich bei der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Kehlkopfkrankheiten habilitirt.

— Die militär-medicinische Academie hat dem hiesigen Arzte und Chirurgen P. Multanowski die Doctorwürde verliehen, ohne von ihm die Vorstellung und Vertheidigung einer Dissertation zu verlangen. (Wr.)

— Die Wladimir-Universität in Kijew begeht in diesem Jahre das Fest ihres 50-jährigen Bestehens und wird die Feier drei Tage (7., 8. und 9. September) dauern. Prof. emer. Dr. V. Besser hieselbst hat in dieser Veranlassung der Kijewschen Universität ein Kapital von 14,000 Rbl. geschenkt, aus dessen Zinsen zwei Stipendien vergeben werden sollen, das eine auf den Namen des Stifters in der medicinischen Facultät, das andere auf den Namen J. Neukirch's in der historisch-philologischen Facultät.

— In Poltawa ist am 2. Mai der Ordinator an der psychiatrischen Abtheilung des Landschaftshospitals W. Karpow an Phthisis gestorben. K. hat seine Mutter und seine Frau mit einem zweijährigen Kinde vollständig mittellos hinterlassen.

— Am 15. April beging die *Gesellschaft der Marineärzte in Nikolajew*, welche, wie ihre etwas älteren Schwestern, die Gesellschaften der Marineärzte in St. Petersburg und Kronstadt, ihre Gründung dem früheren Generalstabsdoctor der Flotte Rosenberger verdankt, ihr 50-jähriges Jubiläum.

— Capitän Wratnowski hat einen transportablen Fourgon-Ofen von besonderer Construction erfunden, welcher es den Truppen ermöglichen soll auch auf dem Marsche frisches Brod statt Zwieback zu erhalten. Der Erfinder hat 3000 Rbl. zugewiesen erhalten, um einen solchen mobilen Ofen zu bauen.

(Woj. Ssanit. D. № 18.)

— Aus Tehnautepec in Mexico sind Nachrichten eingetroffen, dass auf dem Isthmus seit Anfang Februar das *gelbe Fieber* herrscht und zwar tritt die Krankheit ganz in derselben Weise auf, wie im vorigen Jahre in Mazatlan und anderen Hafenstädten des stillen Oceans. In Veracruz sowol, als auch an anderen Orten ist auffallender Weise die Plage der Heuschrecken dem Ausbruch des verderblichen Vomito's vorhergegangen. Die in Veracruz zusammengestellte amtliche Statistik der seit dem 14. Juli 1867 bis zum Schlusse des letztvergangenen Jahres in dieser Stadt durch das *gelbe Fieber* verursachten Todesfälle ergiebt, dass die Zahl der Opfer dieser furchtbaren endemischen Krankheit am geringsten in den Jahren 1869, 1870, 1872, 1876 und 1879 war. 1869 starben daran nur 7 Personen, 1870 — 10, 1879 — 21, 1876 — 34 und 1872 — 72. Am verheerendsten wüthete sie in den Jahren 1877, 1878, 1881 und 1883. Es starben 1878 daran 449 Menschen, 1877 — 528, 1881 — 575 und 1883 — das schlimmste Jahr vor allen in dieser siebzehnjährigen Periode — sogar 747. Das Maximum der Sterblichkeit fand 1878 im Monat August statt — 110; 1877 im September — 164; 1881 im Juni — 233 und 1883 ebenfalls im Juni — 261. *Die gefährlichsten Monate* sind somit die *von Juni bis September*. In den Jahren 1869, 1870, 1876 und 1877 ist im Monat Januar kein einziger Vomito-Fall vorgekommen; 1869, 1870, 1871, 1873 und 1880 keiner im Februar und 1869, 1875 und 1879 keiner im December. Veracruz ist im Jahre 1870 vom Januar bis zum September vom gelben Fieber völlig verschont geblieben. (Allg. Med. Centrl.-Ztg.)

— Dr. R. Davy (Brit. Med. Journ. Octbr. p. 758) theilt ein geeignetes Verfahren mit, um bei der typischen Resectio genu die Schwierigkeit der Coaptation der Knochen zu überwinden. — Er hat in einem Falle im Kopfe der Tibia einen Keil ausgeschnitten, im Femur einen Zapfen gebildet, den letztern in den erstern implantirt, darauf einen festen Verband angelegt und so einen ausgezeichneten Erfolg gehabt. N.

— Dr. Ameden in Glen Falls (Staat New-York) hat einen schweren Fall von Tetanus durch eine subcutane Injection von Schlangengift (Klapperschlange) geheilt. Die Symptome des Starrkrampfs wichen denen der Schlangengiftintoxication und der Kranke war nach 10 Stunden gesund. 30 Stunden später kamen wieder leichte Krämpfe zum Vorschein, welche durch eine nochmalige Injection von Schlangengift beseitigt wurden; die dieses Mal auftretenden Collapserscheinungen wurden durch alcoholische Stimulantien gehoben. (Canada medic. and surgic. Journ. Febr. 1884.)

— Webb (Americ. Practitioner August. 1883) empfiehlt *gegen Pertussis* Rp. *Crotonchloralhydrat* ʒj, Tt. Cardamomi, Glycerini āā ℥ij. MDS. ½ Theelöffel 4 stündlich für ein zweijähriges Kind; einjährige oder noch jüngere Kinder bekommen Grj, Erwachsene Gr. jv alle 4 Stunden. Zusatz von Belladonna und bei starken Anfällen einige Züge von Chloroform sind zu empfehlen.

(Medical Bulletin 1884. № 1).

Vacanzen.

— Im Militär-Medicinal-Ressort: 1) *Aelterer Arzt* bei der Gendarmerie-Verwaltung in Schlüsselburg. *Jüngere Aerzte*: 1) im 120. Sserpuchowschen Infanterie-Reg. (Minsk); 2) im 98. Dörptschen Inf.-Reg. (Dünaburg); 3) im rigaschen Militärhospital; 4) im 37. Reserve-Cadre-Bataillon (Brest-Litowsk); 5) im 66. Butyr'schen Reg. 2 Vacanzen (Sedlez) 6) im 45. Reserve-Cadre-Bataill. (Shitomir); 7) in der 34. Artillerie-Brigade (Cherson); 8) im 50. Bjalystokschen Inf.-Reg. (Sewastopol). (Russ. Med.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 13. Mai 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2703	1772	4475
Kinderhospitäler	149	154	303
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	186	93	279
Scharlach	19	20	39
Pocken	4	7	11
Venerische Krankheiten	422	387	809

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 6. bis 12. Mai 1884 besucht von 2639 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1114.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 13. bis 19. Mai 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
395	277	672	123	71	123	18	16	22	85	53	52	45	29	26	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 9, Masern 58, Scharlach 4, Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, andere Gehirnkrankheiten 35, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung der Athmungsorgane 99, Lungenschwindsucht 115, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 80, andere Krankheiten der Bauchhöhle 27, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 50, Marasmus senilis 32, Cachexia 17.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 15.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	27 April - 3 Mai	181 732	81	10	23,3	12,8	32,0
Kopenhagen	30 April - 6 Mai	267 000	124	11	24,1	8,7	30,7
Berlin	4—10 Mai	1 225 065	543	65	23,0	11,9	34,6
Wien	4—10 Mai	759 849	517	20	35,4	3,8	39,4
Brüssel	27 April - 3 Mai	171 293	83	10	25,3	12,0	30,3
Paris	2—8 Mai	2 239 928	1228	177	28,5	14,4	30,3
London	4—10 Mai	4 019 361	1586	312	20,6	19,7	36,8
St. Petersburg	**11—17 Mai**	**928 016**	**656**	**116**	**34,6**	**17,6**	**27,4**

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje-Sselo.

(Saison vom 15. Mai bis 15. Sept.) 103 (1)

Kumyss, eisenhaltigen Kumyss, Kefir, natürliche und künstliche Mineralwässer, verschiedene warme Bäder, Elektrotherapie; ausserdem Zimmer mit voller Beköstigung.

Wir haben es für möglich befunden, den Detailpreis für

CHININ

auf 3 Rbl. pro Unze und 50 Kop. pro Drachme herabzusetzen. Postversandt in die Provinz 3 Rbl. 50 Kop. pro Unze. Engrospreis für Hospitäler und Apotheken 2 Rbl. 40 Kop.

Adresse: **Rob. Köhler & Co.** **in Moskau.**

M. 83 (1)

SEE- UND SOOLBAD COLBERG.

Eisenbahnstation; Badefrequenz 1883: 6256 Gäste. Die Bade-Direction.



Mattoni's Giesshübler

P. 109 **REINSTER ALKALISCHER SAUERBRUNN.** (10)

Bestes Tisch- und Erfrischungs - Getränk,

erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen- und Blasen-Catarrh.

Preis per Flasche 40 Kop.

In Kisten von 50 Fl. mit Zustellung ins Haus 18 Rbl.

HEINRICH MATTONI, Karlsbad (Böhmen).

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, St. Petersburg, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig** in Moskau, Stoleschnikow-Per., H. Nikiforow.

Kgl. bayr. Stahl- und Moorbad STEBEN.

Saison: 15. Mai—30. Septbr.

Bahnstation Hof-Kronach.

Steben, Oberfranken Bayern, Post- und Telegraphenstation, eigene Cur-Capelle, höchstgelegenes Stahlbad Deutschlands, reine einfache Stahlquellen ersten Ranges an Gehalt an Stahl und Kohlensäure, Eisenmineralmoor mit dem grössten bis jetzt bekannten Grade an Säuren und Eisen, moderne örtliche und allgemeine Badeeinrichtungen, Stahl-, Moor- und Fichtennadelbäder, künstliche Soole, vollkommene hydroelektrische Bäder. Ausserdem **Elektrotherapie, Massage, Hydrotherapie, Heilgymnastik. Hauptindicationen:** Blut- und Nervenkrankheiten, chron. Frauenkrankheiten, Schwächezustände innerer Organe, besonders Blasen- und Nierenkrankheiten, Rheumatismus, Gicht, Arthritis deformans. Badearzt **Dr. Stifler. Versandt** von **Stahlwasser** in bester Füllung, gewöhnlichem und comprimirtem **Eisenmineralwassermoor** sowie **Prospecte** durch die **Verwaltung des Kgl. Mineralbades.** 121 (1)

MATTONI'S P. 110 (13)

EISEN -MOORSALZ / -MOORLAUGE

aus dem Loosmoor bei FRANZENSBAD.

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, St. Petersburg, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig**, Moskau, Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.,** verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (11)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Teplitz, Böhmen.

Operateur **Dr. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen.**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**" durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** zu beziehen. 113 (9)

---

10 (6)

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conserte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

Bad Nauheim bei Frankfurt a/M.

Station der Main-Weser-Bahn.

Naturwarme, kohlensäurereiche und **gewöhnliche Soolbäder, salinische Trinkquellen** und **alkalische Säuerlinge, Inhalations-Salon,** ozonhaltige **Gradirluft, Ziegenmolke. Sommersaison** vom 1. Mai bis 30. September. Abgabe von Bädern auch vor bezw. nach dieser Zeit.

Gross. hess. Badedirection Bad Nauheim.
Jäger. P. 119 (1)

РЕДАКЦІЯ

Календарь для врачей

покорнѣйше проситъ гг. **содержателей лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ инструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ** и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 25 Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 22. **St. Petersburg, 2. (14.) Juni** **1884.**

Zahlreiche Leber-Abscesse, im Verlauf des Typhus recurrens entstanden.

Von

M. Treymann,

Ordin.-Arzt der Infectionsabtheilung des Allg. Krankenhauses in Riga.

(Schluss.)

Zunächst bemerke ich — entgegen Lebert und in Uebereinstimmung mit Griesinger[16]) — dass ich ganz entschieden Typhus recurrens und Typhus biliosus für identisch halte, weil bei letzterem Spirochaeten von uns gefunden wurden. Wenn Lebert sogar die Anwesenheit «der spiralen Mikromyceten» beim Typhus biliosus nicht für entscheidend hält, so ist dagegen zu bemerken, das die Spirochaete Obermeieri ein wohlcharakterisirtes Gebilde ist, welches mit anderen Spirochaeten, Spirillen und Vibrionen (Spirochaete plicatilis, denticola, Spirillum serpens, undula, rugula etc.)[17]) gar nicht zu verwechseln ist. Muss man also Lebert gewiss zugeben, dass nicht alle Infectionskrankheiten als identisch gelten dürfen, bei denen man kugelige, so wenig wie die, bei denen man stabförmige, oder die, bei denen man spiralige Mikromyceten findet — zumal wir wissen, dass die Schraubenformen aus Fädchen und Stäbchen entstehen, sich strecken und wiederum in Fädchen und Kokken sich auflösen können[18]) — so wird man doch sicherlich diejenigen Krankheiten für identisch erklären müssen, bei denen man die Spirochaete Obermeieri findet. Im Uebrigen erhärtet neben mehreren anderen der vorliegende Fall, welcher im 1. Anfall die Spirochaete aufwies und nach 13tägiger Intermission unter den durch Milz- und Leberabscesse bedingten Symptomen des Typhus biliosus verlief, zur Genüge die Richtigkeit dieser Anschauung. Eine unserer Wärterinnen (Petrow) erkrankte in den Recurrens-Baracken an Rückfallstyphus. 3½ Wochen nach dem ersten Anfall begann der zweite unter starker Milz- und Leberschwellung, Icterus univers., Uterinblutung, hochgradiger Schwäche, Delirien. Wider Erwarten trat nicht der Tod ein, sondern nach kurzer Intermission ein dritter Anfall unter den Symptomen des Typhus biliosus (erneuerte hochgradige Milz- und Leberschwellung, Icterus etc.) mit Ausgang in Genesung nach schwerster Reconvalescenz: also ein biliöses Typhoid mit Relaps ohne Abscedirung der Leber und Milz, wie wohl angenommen werden darf, da die Wärterin noch heute, ca. 8—9 Monate nach überstandener Krankheit, ihren schweren Dienst versieht. Wir haben nun sehr leichten Icterus beim Fieberabfall entstehen und in wenigen Tagen vergehen sehen — bei einem Kranken das 1. Mal mit Beginn des ersten Anfalls und dann noch 2 Mal als Abschluss des 2. und 3. Anfalls (Pruss) — und sehr schweren Icterus am Ende des 1. Anfalls beobachtet, der bei niedriger Temperatur unter den Erscheinungen der cholämischen Intoxication zum Tode führte, ehe der 2. Anfall kam (Irbe—Section), sowie sehr schweren Icterus während des Anfalls unter hohem Fieber, bald in Genesung, bald in Tod ausgehend. Ausnahmslos war in diesen Fällen von Cholämie der Darminhalt stark gallig gefärbt und die Frage nach dem hämatogenen oder hepatogenen Ursprung derselben musste in suspenso bleiben trotz der Zuhülfenahme der Section und der Untersuchung auf gallensaure Salze. Denn abgesehen davon, dass die letzteren selbst bei guten Hilfsmitteln und vollkommener Technik, über welche wir nicht verfügten, schwer aufzufinden sind[19]), treten die gallensauren Salze bei hepatogenem Icterus nur in geringer Menge in den Harn über[20]) und kann uns endlich der Nachweis derselben wenig nützen, seit Dragendorff darauf aufmerksam gemacht hat[21]), dass auch im normalen Harn gallensaure Salze in der Menge von 0,8 Grm. auf 100 Liter vorhanden sind. Andrerseits sind bei denjenigen Icterusformen, die man als hämatogene ansah, z. B. bei dem pyämischen Icterus, mehrfach Gallensäuren im Harn nachgewiesen worden. — Noch vielgestaltiger und räthselhafter wird das Krankheitsbild durch den bald remittirenden, bald intermittirenden Typus des Fiebers, wo-

[16]) Ziemssen, Bd. II, 1, p. 294—295.
[17]) Flügge: Mikroparasiten und Fermente, pag. 135—139; Zopf: die Spaltpilze, p. 85—87.
[18]) Zopf, p. 7.

[19]) Ponfick in Ziemssen, Bd. VIII, 1, p. 22 u. 26.
[20]) Landois' Physiolog., p. 495.
[21]) Ibid.

bei bald freies Sensorium, bald ein sog. Status typhosus, bald schmerzhafte, bald schmerzlose, bald geringe, bald hochgradige Milz- und Leberschwellung beobachtet wurde. Dabei wurden Spirochaeten, nachdem sie im 1. Anfall constatirt worden, im 2., 3. oder 4. Anfall bald gefunden, bald vermisst. Dasselbe fand statt insbesondere bei dem intermittirenden Typus: bald waren Spirochaeten vorhanden, bald nicht. Chinin und Natr. salicyl. blieben meist ohne Wirkung. — Ich will noch kurz der Localisationen erwähnen, die bei Recurrens vorkommen und die sich oft durch Blutungen, zu denen ja der Rückfallstyphus besondere Neigung hat, ankündigen. Bald war es eine 2—3tägige oder länger dauernde Pneumonie [22]) mit strohgelbem zähem Sputum, die mit dem 2. oder 3. Anfall zusammenfiel und leicht oder letal verlief, bald eine Aphasie und Hemiplegie mit nachfolgender psychischer Störung, scheinbar ausgegangen von embolischer Affection der linken Art. fossae sylv., bald kürzer oder länger dauernde psychische Exaltations- oder Depressionszustände, bald höchst schmerzhafte Milz- und Leberschwellung, bald eine Nierenblutung, bald eine Entzündung des intermusculären Zellgewebes (ein Mal mit Ausgang in Eiterung), bald eine einseitige oder doppelseitige Parotitis, wobei ich beiläufig die Haut-Ecchymosen und Petechien, die oft scorbutähnlichen Muskelhämorrhagien, die Magen- und Darmblutung, die Epistaxis anführe. Meist traten alle diese Affectionen *mit dem Ende des Anfalls auf.* Eines Falls muss ich insbesondere gedenken. Bei einer 52jährigen Frau (Tambur) traten am Ende des 2. Anfalls plötzlich starke intensiv blauröthliche Ecchymosen in der Haut, an den Armen und Beinen auf, von 20 Kopekenstück- bis Rubelgrösse, einige unter Blasen- und Quaddelbildung mit darauffolgender nekrotischer Abstossung der sugillirten Stellen. Am Herzen der Patientin fand sich nichts Abnormes und sie genas. Die plötzlich erscheinenden Hautecchymosen legten auch den Gedanken an Embolie nahe. Aber wo war die Quelle? Stammten diese, sowie die eben erwähnten in der linken Arter. foss. sylv. vermutheten Emboli aus der Milz, sowie die Pigment-Emboli bei der Melanaemie? Dann mussten sie den Leber- und Lungenkreislauf überwunden haben. In beiden Fällen war aber weder eine stärkere Schwellung oder Schmerzhaftigkeit der Milz und Leber, noch irgend welche pathologischen Erscheinungen von Seiten der Lungen oder des Herzens nachzuweisen. — Sowie mehrere Forscher, z. B. Colin und Arnstein, sich genöthigt sahen, bei der Melanaemie statt der Pigment-Embolie von der Milz her eine Pigmentbildung in der ganzen Blutbahn anzunehmen, so dürfte auch eine unbefangene Beobachtung des Typhus recurrens den Gedanken nahe legen, dass es sich bei den verschiedenen Localisationen im Ganzen selten um Embolien aus fernliegenden Organen, sondern um «pathologische Gerinnungsvorgänge» [23]) an verschiedenen Stellen der Blutbahn handelt, um «Coagulationsnecrosen», wie Cohnheim sie genannt hat. Schon früher glaubte Mosler die parenchymatösen Entzündungen der Organe bei den Infectionskrankheiten nicht vom hochtemperirten Blut (Liebermeister), sondern von den im Blut circulirenden «giftigen Stoffen» ableiten zu müssen [24]). Da Koch die Spirochaete Obermeieri innerhalb der Blutgefässe des Gehirns, der Lunge, der Leber, der Nieren, der Milz, der Haut aufgefunden hat, und da sich mit Sicherheit annehmen lässt, dass eine der Wirkungen dieses schraubenförmigen, im Schwärmzustande befindlichen Spaltpilzes in der Entziehung von Sauerstoff aus dem Blut besteht [25]), so ist die Annahme gestattet, dass an den Stellen der stärkeren Anhäufung der Spirochaeten entweder das Hämoglobin den *rothen* Blutkörperchen entzogen wird und die unter einander verklebten Stromata oder «Leichen» derselben (Ponfick) sich in zahlreiche Fäden verwandeln (Stromafibrin von Landois [26]) oder dass «die *weissen* Blutkörperchen absterben und dadurch einmal das Ferment zu Stande bringen und dann die fibrinoplastische Substanz liefern, die gemeinsam mit der fibrinogenen der Blutflüssigkeit das ausfallende Fibrin erzeugt» (Alexander Schmidt, v. Weigert). Es würden dann Verstopfungen der Blutcapillaren, Ischaemie mit und ohne collaterale Blutung und Necrose der umliegenden Zellen erfolgen. Somit wäre, abgesehen von der durch die Spaltpilze hervorgebrachten chemischen Blutveränderung, die Möglichkeit der Fibringerinnung und Gewebsnecrose an jeder Stelle der Blutbahn gegeben und die Embolie auf kürzere Strecken nicht ausgeschlossen, ohne dass man die immerhin missliche Passage der Emboli durch Leber- oder Lungenkreislauf oder gar durch beide sich vorzustellen hätte. Häufige peri- und endocarditische Geräusche oder leichte Veränderungen der Herztöne bei Recurrens, die rasch wieder schwinden und sich von den anämischen blasenden Geräuschen unterscheiden [27]), gestatten die Vermuthung, dass die Herzklappen mit ihren Rändern und Taschen oft geeignete Orte für die Anhäufung absterbender rother und weisser Blutkörperchen darbieten [28]), die in der Folge Emboli in die Art. lienalis, hepatica, renalis, cruralis und in die Carotiden und Subclavien aussenden können, gleichwie bei der Endocarditis ulcerosa. So würden sich am ehesten einerseits die unregelmässig gestalteten, durch den Infectionsstoff local entstandenen «venösen Herderkrankungen» Ponfick's, andererseits die keilförmigen, durch ächte Emboli erzeugten Milznecrosen erklären. Alle übrigen pathologischen Erscheinungen seitens der verschiedenen Organe — auch die Blutungen — würden auf die gleiche zwiefache Entstehung zurückzuführen, d. h. als locale oder embolische Circulationsnecrosen zu deuten sein. Und es wäre — um eine andere ätiologisch-differente Infectionskrankheit zu streifen — wohl denkbar, dass die zahlreichen räthselhaften Localisationen bei den larvirten und perniciösen Malariainfectionen, unter Anderem auch die schweren Nervenaffectionen *ohne* Pigmentanhäufung in den Hirngefässen, ja die eigenthümlichen Rhythmen aller intermittirenden Fieberanfälle (sowohl bei Malaria, wie bei Recurrens und Pyämie) durch die Entwickelung und Resorption solcher Necrosen zu Stande kommen, zumal im Blute der Malariakranken neben den Pigmentkörnchen auch «hyaline Gerinnsel» und «blasse Schollen» (Basch) gefunden wurden [29]). Die hämatogene Cholämie, die dann zu diagnosticiren wäre, wenn bei gutem Allgemeinbefinden, nicht nachweisbarer Leberschwellung und gefärbten Faeces ein schwacher Icterus plötzlich am Ende des Anfalls entsteht, um in 12—36 Stunden zu verschwinden, könnte als Hämoglobinämie in Folge von Zerstörung relativ nicht zahlreicher rother Blutkörperchen gedeutet werden [30]). Sicherlich ist aber die hepatogene Cholämie, die bei grosser Prostration, starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber diagnosticirt werden darf, bei Weitem häufiger, freilich nicht in dem Sinne eines gewöhnlichen Icterus gastro-duodenalis, wie viele Autoren annehmen. Die fast ausnahmslos beim Recurrens-Icterus stark gallig gefärbten Stühle (Hypercholie Ponfick's) sprechen entschieden gegen die letztere Annahme. Es ist offenbar dasselbe Verhältniss wie bei den zahlreichen Fällen von intensivem Icterus bei den perniciösen Wechselfiebern, der Fièvre bilieuse-hématurique und dem Gelbfieber, bei welchem Haenisch unter nicht ausreichender Motivirung häma-

[22]) V. Gerhardt's Pneumotyphus in Ziemssen, Bd. II, 1, pag. 181.

[23]) Weigert in Virch. Arch., Bd. 79, Heft 1, p. 87—123.

[24]) Ziemssen, Bd. VIII, 2, p. 107.

[25]) Zopf l. c. p. 36—37, p. 88.

[26]) Physiologie von Landois, p. 56.

[27]) Cf. Ziemssen, Bd. II, p. 625 und 718: Erscheinungen am Herzen beim Dengue-Fieber, Erysipelas u. Malaria.

[28]) Von Köster freilich bezweifelt: v. Virch. Arch. Bd. 72, p. 264—266.

[29]) Mosler in Ziemssen, Bd. VIII, 2, p. 184-185; Weigert in Virch. Arch., Bd. 79, p. 181; Hertz in Ziemssen Bd. II, 2, p. 840—842.

[30]) Ponfick's «Ueber Haemoglobinaemie» in Berl. klin. Woch. 1883, № 26.

togenen Icterus annimmt [31]). Die hepatogene Cholämie ist in diesen Fällen nur zu erklären durch einen Verschluss der feineren Gallengänge, wie er durch Wyss und Ebstein für den Icterus bei Phosphorvergiftung nachgewiesen ist [32]), vielleicht mit dem Unterschiede, dass nicht der Katarrh der Gallenwege, sondern die dabei constatirte Schwellung der Leberzellen die Hauptrolle spielt [33]). Beim Rückfallstyphus könnte man sich die Entstehung der Lebernecrosen (Infarcte), resp. -Abscesse etwa in der Weise vorstellen, wie die von Teuffel als Hepatitis sequestrans, von Schüppel als «Furunculosis hepatis» bezeichnete Affection [34]): «Ein kleiner Herd der Lebersubstanz incrustirt sich mit Gallenbestandtheilen, namentlich mit braunem Farbstoff und *scheint der Necrose anheimzufallen*. Um ihn herum entwickelt sich eine reactive Entzündung, wobei er sich mit einer breiten, eitrig infiltrirten Zone umgiebt, welche schliesslich einschmilzt». Es sind 2 Fälle mitgetheilt mit der ausdrücklichen Bemerkung, dass die so entstandenen sehr zahlreichen kleinsten Abscesse nicht von einer ulcerösen Cholangitis herrühren und der Vorgang sowie die Veranlassung unklar geblieben sei. Aehnlich beschreibt Ponfick die Entstehung seiner «venösen Herderkrankungen» bei Recurrens, denen die primäre Thrombophlebitis vorausgeht. — Die bei Recurrens sehr häufig vorhandene Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der Leber bei gleichzeitiger Affection der Milz, mit und ohne Icterus, die zuweilen beobachtete Verfärbung der Leber-Schnittfläche (worauf sich wohl auch Lebert's Bemerkung bezieht: «In seltenen Fällen enthält die Leber auch ähnliche kleine Herde wie die Milz, mit centralem Zerfall» [35]) lassen wenigstens vermuthen, dass bei Ausschluss anderer Organkrankheiten und zeitweiliger Abwesenheit der Spirochaeten im Blute der Recurrens-Kranken die continuirlichen, remittirenden und intermittirenden Fieberanfälle, die ohne nachweisbare Ursache andauern und viel häufiger im Verlauf des Rückfallstyphus vorkommen, als die meisten Autoren angeben, ebensowohl mit den Circulationsnecrosen der Leber wie der Milz zusammenhängen.

Die Hypothese einiger Autoren, dass die Spaltpilze selbst die sog. «metastatischen» Processe bedingen, scheint wegen der Beschaffenheit der kleinen und zarten Gebilde und der bei ihnen nachgewiesenen Formänderung (Umwandlung resp. Zerfall der Schrauben in Stäbchen und Kokken), der «Tendenz, sich zu fragmentiren» [36]), keine ausreichende Erklärung zu bieten. Dasselbe gilt von der Klebs'schen Theorie über die Wirkung des Mikrosporon septicum oder Mikrococcus septicus (Cohn), welcher übrigens nach Zopf's Ansicht «nicht sicher auffindbar und nicht definirbar ist» [37]) — wenn man nicht zu den Birch-Hirschfeld'schen und Thierfelder'schen oben erwähnten Ausführungen über die Volumszunahme der weissen Blutkörperchen seine Zuflucht nimmt. Liebermeister bezweifelt beim Typhus abdominalis die Embolie in die Lungen vom Darm aus und erklärt die hämorrhagischen Lungeninfarcte als embolische, durch Gerinnselbildung im Herzen in Folge von Herzschwäche entstanden [38]). Wäre diese Theorie richtig, so müssten in Folge der exquisiten Herzschwäche beim Collaps im Typhus recurrens stets ausgedehnte embolische Processe in Haut, Nieren, Gehirn, Leber und Milz zu Stande kommen, was nur höchst ausnahmsweise der Fall ist. Leber und Milz schwellen sogar gewöhnlich stark ab, sobald der Collaps eintritt. Dass die hohe Körpertemperatur bei Recurrens zu Gerinnungen des Blutes führe, ist gewiss nicht anzunehmen. Bei 42,6 C. soll nach Weikart [39]) Gerinnung des Blutes in den Adern erfolgen. Ich kann mit Bestimmtheit versichern, dass ich einmal 42,6 C. bei einem Recurrenskranken (in der Achselhöhle 2 Mal von mir selbst gemessen) und ein anderes Mal sogar 43 C. (Achselhöhle-Temp.) beobachtet habe und dass beide Kranke ohne Zwischenfall genesen sind. Gleich hohe Temperaturen fand Zimmermann bei Malaria (42,5 und 43 C.) [40]).

Wie es nun auch um all' diese Theorien oder Hypothesen bestellt sein mag — jedenfalls halte ich durch den mitgetheilten Fall für erwiesen, dass der Typhus biliosus nichts Anderes ist, als ein durch infectiös-entzündliche oder embolische, leichtere oder schwerere Erkrankung des Leberparenchyms complicirter Typhus recurrens.

Nicht zu vergessen ist, dass die Diagnose des Rückfallstyphus in den complicirten Fällen einzig und allein durch die Auffindung der Spirochaete Obermeieri sichergestellt werden kann. Die Obermeier'sche Entdeckung hat somit einen nicht hoch genug anzuschlagenden Werth für die tropischen und subtropischen Gegenden, in welchen nicht nur der Leberabscess endemisch ist, sondern auch das Gelbfieber, die perniciöse Malariainfection, die Fièvre bilieuse-hématurique vorkommen, welche alle mit Leber- und Milzschwellung, unter den gleichen icterischen Symptomen und in Begleitung derselben Blutungen verlaufen, wie der Typhus recurrens s. biliosus, während die bei Cerebrospinalmeningitis und Typhus abdominalis, wie bei Dengue- und Gelbfieber eintretenden Relapse das Chaos vervollständigen [41]). Wenn die supponirten zahlreichen Circulations-Necrosen mehreren eben genannten, unter einander differenten Krankheiten oft eine höchst ähnliche Physiognomie verleihen, so dürfte daraus der Schluss gezogen werden, dass die verschiedenen inficirenden Spaltpilze allesammt den sauerstoffbedürftigen «aërobien oder aërophyten Formen» angehören, wodurch der massenhafte Untergang der Blutkörperchen bedingt wird.

Zum Schluss erlaube ich mir — da in dieser Zeitschrift (№ 4/1884) die Rede davon gewesen — die kurze Notiz, dass die in zahlreichen Fällen angewandte Arsenik-Behandlung (Liq. arsenic. Fowl., Tinct. ferri pomat. $\overline{aa}$, bis zu 30 bis 35 gtt. 2 Mal täglich) sehr gut vertragen wurde, jedoch auf den Recurrens-Process nicht den mindesten Einfluss ausübte. In der demnächst erscheinenden ausführlichen Schilderung der Epidemie werden auch hierüber detaillirte Angaben gemacht werden.

Riga, den 11. März 1884.

Ein Fall von seltener und schwerer Augenverletzung mit relativ günstigem Ausgange.

Von
Dr. L. Mandelstamm
in Riga.

Jahn Enne aus Dahlen, 28 Jahre alt, präsentirt sich am 7. Febr. 1884 mit folgendem Befunde am linken Auge: Das obere Augenlid halb gesenkt, mässig geschwellt; beim Oeffnen der Lider sieht man im Bulbus einen Einschnitt, welcher vom äusseren unteren Drittel der Hornhaut beginnend, diese quer durchtrennend, bis zur Carunkel zieht, die Plica seminularis durchschneidend. Aus der Hornhautwunde hängen Irisfetzen heraus. In einer Ausdehnung von etwa 1 Cm. ist am Rande der Hornhaut in der Wunde Ciliarkörper, resp. Choroidea sichtbar; von hier ab verläuft der Schnitt durch Conjunctiva und Sclera, diese ebenfalls penetrirend. Die Conjunctiva bulbi namentlich nach innen und oben von der Hornhaut stark chemotisch, der Bulbus ziemlich matsch,

---

[31]) Ziemssen, Bd. II, 1, p. 498.
[32]) Schüppel in Ziemssen, Bd. VIII, 1, p. 14.
[33]) Ponfick in Ziemssen, Bd. VIII, 1, p. 15—17.
[34]) Ziemssen, Bd. VIII, 1, p. 49 seq.
[35]) Ziemssen, Bd. II, 1, p. 289.
[36]) Zopf l. c. p. 88.
[37]) Ibid. p. 86, Anm.
[38]) Ziemssen, Bd. II, 1, p. 178 seq.
[39]) Landois' Physiologie, p. 411.
[40]) Ziemssen, Bd. II, 2, p. 838.
[41]) V. Ziemssen, Bd. II,

in seinen Dimensionen verkleinert. Die vordere Kammer bis zum äusseren oberen Drittel mit Blut gefüllt; hier ist die Pupille schwarz, Medien jedoch nicht durchscheinend. Die Iris nach innen und aussen zipfelförmig verwachsen, die Kapsel und Linse intact, S = quantitativ, Projection nach aussen und oben unsicher. Spontan keine Schmerzen, wohl aber bei Berührung. Es werden zunächst die zur Hornhautwunde heraushängenden Irisfetzen abgetragen und die Wunde gereinigt, darauf Occlusivverband.

Patient hat sich Tags vorher, als er an einem geschlachteten Schweine eine Sehne durchschneiden wollte, mit dem Schweinemesser, welches etwa 2 Finger breit und c. 1 Fuss lang war, in das linke Auge geschnitten; der Schnitt ging von links nach rechts. Gleich nach geschehener Verletzung soll eine beträchtliche Blutung stattgefunden haben, vermuthlich ist auch viel Glaskörper ausgeflossen. Die ganze Nacht hindurch sind kalte Compressen applicirt worden, worauf das Auge mit einem Tuche verbunden wurde und Patient sich nach Riga begab.

Die Heilung der Corneal- und Scleralwunde ging innerhalb der ersten 10 Tage rasch von Statten; das Blut in der Vorderkammer resorbirte sich, der blossgelegte Ciliarkörper überhäutete sich, der Augengrund hellte sich nach einigen Tagen merklich auf und zeigte das Auge im noch trüben Inneren nach innen eine graue Flocke. Am 18. Febr. konnte schon die Papille optisch wahrgenommen werden, wenn auch verschleiert (trüber Glaskörper) und war das Sehvermögen um diese Zeit: Finger auf 12 Fuss. Centrale Fixation sicher, Gesichtsfeld nach aussen oben beschränkt. Patient begiebt sich mit ganz reizlosem Bulbus nach Hause.

Was den Fall, meiner Ansicht nach, zu einem merkwürdigen stempelt, ist der Umstand, dass nach Durchsetzung der vorderen Kammer mit einem so rüden Instrumente, wie es das beschriebene ist, wobei die Iris jedenfalls nicht geschont wurde, die Linse resp. die Kapsel vollständig intact bleiben konnte. Davon habe ich mich sowohl gleich beim Beginn, als auch später bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel überzeugen können. Auch hinsichtlich des relativ günstigen Ausganges dieser so eingreifenden Verletzung dürfte der Fall ein besonderes Interesse für sich beanspruchen.

Riga, den 29. März 1884.

Referate.

M. Tschistjakow: Ueber Syphilis unter der Landbevölkerung. (Westn. Ssud. Med. 1884 Band I, Sep.-Abdr. 68 Seiten).

Sinaide Elzina: Ueber die Verbreitung der Syphilis unter den Frauen und Kindern der Dorfbewohner. (Wratsch №№ 8 und 9).

Ueber die Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung haben wir bisher nur wenige sichere Data, denn die Statistik in dem vom Medicinaldepartemant alljährlich herausgegebenen Berichte hat einen stark officiellen Anstrich und ist mehr nach formellen Anforderungen zusammengestellt. Um so erfreulicher ist es, dass in letzter Zeit die Organe der Semstwo (ländliche Selbstverwaltung) für Erforschung der Verbreitung der Syphilis zu sorgen beginnen. Beide vorliegenden Berichte entspringen Revisionen, zu denen Aerzte auf Wunsch der Semstwo abcommandirt worden waren und haben beide Berichte das gemeinsam, dass die Collegen sich der bedeutenden Mühe unterzogen, die *gesammte Bevölkerung* der ihnen zugetheilten Region einer Sanitätsinspection zu unterwerfen, um auf diese Weise alle wirklich Kranken herauszufinden.

Tschistjakow wurde 1881 vom Medicinaldepartement in den *Krassnoslobodsk'schen Kreis des Gouv. Pensa* abcommandirt und hat es möglich gemacht in einem Umkreise von ca. 1000 □ Werst 37 Dörfer genau zu inspiciren. Im Ganzen besichtigte er 25050 Personen (87 % der Gesammtbevölkerung, die Uebrigen waren meist auf Reisen oder in die Städte zur Arbeit gezogen). Unter der genannten Zahl fand er 1184 Syphilitiker also 4,73 %. Unter den Kranken befanden sich 385 in der condylomatösen und 352 in der gummösen Periode. 447 bezeichnet er als syphilisirt, d. h. sie hatten früher an Syphilis gelitten, wie man aus Narben etc. schliessen konnte, wiesen jedoch jetzt keinerlei Symptome auf. Frische Fälle, wo noch der Infectionsherd vorhanden, hat T. keine gesehen. Von der noch gefährlichen condylomatösen Periode kamen 45,8 % auf Kinder, 31,2 % auf Weiber und 22,9 auf Männer. T. stellt der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Moralität ein äusserst günstiges Zeugniss aus und meint die Infection erfolge meist nicht per coitum sondern durch zufälligen, unbewussten Contact.

Bemerkenswerth ist die Krankengeschichte einer Familie, deren Haupt, 58 Jahr alt, Narben und Defecte am Gaumen aufwies und vor seiner Heirath an Syphilis gelitten, ohne sich behandelt zu haben. Verheirathet ist er 36 Jahr, die Frau stets gesund. Sie haben 9 Kinder. Die älteste Tochter, 33 Jahr alt, stets gesund, hat selbst gesunde Kinder. Die beiden folgenden Söhne (30 resp. 27 Jahr alt) sind Idioten, darauf folgen 4 gesunde Kinder, dann ein 11-jähriger taubstummer Sohn, dann ein 10-jähriger gesunder Knabe.

Hinsichtlich der gegen die Ausbreitung der Syphilis zu unternehmenden Maassregeln empfiehlt T. die im hiesigen Kalinkinhospital mit Kenntnissen über Syphilis versorgten weiblichen Feldscheererinnen zur Bekämpfung derselben zu verwenden und plaidirt für Verbreitung der Kenntniss über Syphilis unter den Bauern durch populäre Brochüren. Ferner meint er, dass genaue Registrirungen der Erkrankten nach dem Kartensystem stattzufinden haben (dabei erzählt er aber selbst, dass die Localärzte sich äusserst indifferent gegen die Verbreitung der Syphilis verhalten, folglich müssten erst die Specialkenntnisse und das Interesse der Landärzte gehoben werden. Ref.)

1883 lief auf dem Kreislandtage des *Krapywna'schen Kreises* (Gouv. Tula) eine Klage seitens eines Dorfältesten ein, dass 4 Gesinde hintereinander durch Syphilis inficirt worden seien und daher beschloss der Landtag einen weiblichen Arzt aufzufordern, der die Kranken behandeln sollte. Dieser wurde in Sinaide Elzina gefunden, die sich am hiesigen Kalinkinhospital beschäftigte. Sie beschränkte sich jedoch nicht auf das Behandeln der ihr Zugesandten, sondern unternahm ähnlich wie Tschistjakow eine Rundweise, um *sämmtliche Frauen und Kinder* eines bestimmten Bezirkes einer Inspection zu unterwerfen. Im Ganzen hat sie 5474 Personen untersucht und darunter von 3316 Kindern — 413 (12 %) und von 2159 Frauen — 314 (14 %) mit Syphilis behaftet gefunden. Hier sehen wir also eine bedeutend stärkere Verbreitung als im Pensa'schen Gouvernement.

Bemerkenswerth ist auch hier die Abwesenheit frischer Formen, nur bei *einer Frau* fand E. ein Ulcus induratum an einer Muttermundslippe. Von den Kindern befanden sich 127, von den Frauen 69 in der condylomatösen Periode, dagegen 152 Frauen und nur 10 Kinder in der gummösen Periode. 276 Kinder und 72 Frauen bezeichnet E. als in der interrecidiven Periode d. h. sie sollen Syphilis gehabt haben, aber im Augenblick waren keine Erscheinungen vorhanden. Derartige statistische Erhebungen haben gewiss grosse Schwierigkeiten, daher kann man mit untergelaufene Fehler leicht verzeihen. Vielleicht beruhen verschiedene Angaben aber auch nur auf Ungenauigkeit der Ausdrucksweise. So finden wir in der Liste der Diagnostik bei E.: Roseola (1 Fall, ohne Angabe weiterer Erscheinungen, wahrscheinlich sind aber wohl gleichzeitig andere Zeichen vorhanden gewesen), ferner Syphilis corneae (4 Fälle), Contractura syphilitica (2 Fälle), Laryngitis condylomatosa (43 Fälle, sollte dieses laryngoskopisch festgestellt sein? z. B. bei 29 Kindern).

Am häufigsten fand E. Angina papulosa vegetans (131 Mal), Periostitis (113 Mal), Ulcera gummosa (40 Mal). Bemerkenswerth wären auch 16 Fälle von Angina gummosa.

Jedenfalls haben beide Forscher das Verdienst, sich einer äusserst mühsamen und anstrengenden Arbeit unterzogen zu haben, es wäre aber doch wünschenswerth, dass derartige «allgemeine Inspectionen» nach einem einheitlichen, genau ausgearbeiteten Plane unternommen würden, wobei eine bestimmte Nomenclatur festgestellt werden müsste. P.

A. D. Knie: Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre vermittelst Oesophagotomia externa. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 8).

Bei eiligem Essen hatte ein gesunder, kräftiger Mann einen sehr scharfkantigen Knochen von 3 und 2 Cent. Dimension mit vorstehenden Spitzen verschluckt. Verschiedene Extractionsversuche waren missglückt. Acht Tage nach dem unglücklichen Ereigniss wandte sich Pat. an den Verf., als der Athem schon stinkend geworden und blutigeitrige Massen ausgeworfen wurden. Der Knochen sass in der Höhe des Manubrium sterni. In Anbetracht der eingetretenen Zerstörungen stand Verf. von allen Extractionsversuchen ab und machte sofort die Oesophagotomia externa. Als der Oesophagus freigelegt und durch die Wand desselben vom Operateur der Fremdkörper ertastet worden war, fühlten noch andere Aerzte nach demselben. Am Ende der Untersuchung drang Eiter in die Wunde, es war also das Gewebe der Oesophaguswand schon ganz morsch gewesen und die Spontanruptur des Oesophagus drohte jeden Augenblick einzutreten. Auch nach Wendung gelang die Entfernung des scharfen Knochens nicht leicht. Die Heilung ging glatt von Statten und folgte keine Strictur. Verf. fordert, dass scharfkantige Körper nicht hinuntergestossen, sondern durch den Mund entfernt werden, oder wenn das nicht gelingt, durch Oesophagotomia externa oder gastrotomia. Bisher ist wegen Fremdkörper die Oesophagotomie 35 Mal ausgeführt und es genasen 80 % der Patienten. T.

Friedrich Voss: Die Verletzungen der Arteria mammaria interna. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884).

Verf. giebt eine sehr fleissige, kritisch bearbeitete Zusammenstellung der ganzen Literatur dieser Frage und schliesst an dieselbe die Krankheitsgeschichten von vier bisher noch nicht veröffentlichten Fällen von Stich- oder Hiebverletzung dieser Arterie. Zwei derselben sind in Dorpat, die beiden anderen vom Verf. selbst im allgemeinen Krankenhause zu Riga beobachtet worden. Der letzte Fall ist der einzige von den vieren, welcher nach Resection eines Rippenknorpels behufs der peripheren und centralen Unterbindung der Mammaria mit dem Leben davon kam. Der consecutive, durch Blutung aus der Mammaria entstandene Hämato-Pyothorax machte in der zweiten Krankheitswoche den Brustschnitt und nachträglich noch die Resection der 3. und 4. Rippe nöthig; danach vollständige Heilung.

Die statistische Verwerthung des Materials behufs der Häufigkeit und der Prognose der Verletzungen der Art. mammaria int. ist im Original nachzulesen. D—o.

Joseph Schnetter (New-York): Zur Behandlung der Darmverschliessungen. (D. Arch. f. kl. M. 1884. 34. Bd. 6. H.)

Schnetter's sehr interessante Ausführungen gipfeln in folgendem: Die Behandlung mit metallischem *Quecksilber* hält er für sehr rationell, da es vermöge seiner Schwere und Flüssigkeit bald bis zur obstinirten Stelle gelangt, wo es eine einem Divertikel ähnliche Ausbuchtung veranlasst. Wir können dann durch eine plötzliche ruckweise Lageveränderung des Patienten, oder durch Kneten, Schütteln, Massiren, Drücken und schnelles Erschlaffen der Bauchdecken, oder durch Combiniren der obigen Vorschläge einen Zug auf die oberhalb der Obstruction gelegene Darmpartie ausüben, wodurch eine Lösung der Obstruction herbeigeführt werden kann. Bei Drehungen des Darms, die oft nur $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{4}$ Drehung des Lumens ausmachen, besonders in Fällen, wo durch vorher bestehende Adhäsionen der Darm in seinem Umfange beschränkt war, lässt sich leicht einsehen, dass das schwere leichtflüssige Quecksilber sich eindrängt und den Verschluss auf diese Weise beseitigt. — Von *der Elektricität*, der faradischen sowohl als der galvanischen erwartet S. nicht viel, und zwar weil bei den meisten Fällen die obstruirte Stelle nicht bekannt ist, und ist sie bekannt, so wäre es nöthig zu wissen, an welcher Stelle die oberhalb oder unterhalb der Obstruction gelegene Darmpartie zu finden ist. Die oberhalb gelegene Stelle ist gewöhnlich vollkommen paralytisch und die etwa ausgelöste Contraction nicht hinreichend kräftig und in den meisten Fällen unzweckmässig, resp. den Zustand verschlimmernd. Die unterhalb der Obstruction gelegene Darmpartie ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle collabirt und die etwa noch zu erzielende Contraction desshalb nicht ausgiebig.

Durch Injectionen und Eingiessungen von *Wasser* und *Luft* strebt man eine Ausdehnung der unter der Obstruction liegenden Darmpartie an und erwartet eine kräftige Contraction des Darms und vielleicht auch einen günstigen Zug oder Druck auf die afficirte Stelle. Es bleibt jedoch noch immer fraglich, ob es möglich ist, bei Obstructionen oberhalb der Ileocoecalklappe die Flüssigkeit bis dahin durch gesteigerten Druck zu treiben. Simon theilte zwar einen Fall mit, wo bei einer über der Coecalklappe gelegenen Darmfistel die injicirte Flüssigkeit durch die Fistel ablief. Doch ist dies nicht beweiskräftig, da in Folge einer länger bestehenden Fistel fast gar keine Fäcalmasse mehr ins Colon gelangt, welches sich in Folge mangelnden Inhalts bis auf Fingerdicke zusammenziehen kann. Die dann zur Füllung nöthige Flüssigkeit und der daraus resultirende Druck sind selbstverständlich minimal.

Was die Injectionen von *kohlensäurehaltigen* Mineralwässern betrifft, so ist die Kohlensäure als ein kräftiges Irritans für die glatten Muskeln bekannt und in der Geburtshilfe besteht schon seit vielen Jahren die Methode der Erregung der künstlichen Frühgeburt durch Einleitung von Kohlensäure in die Scheide. S. benutzt die in den bekannten Syphons käuflichen künstlichen, stark mit Kohlensäure imprägnirten Mineralwässer. Ueber die Ausmündung des Syphon wird ein elastischer Schlauch gestülpt mit der für Klysmata üblichen Ansatzspitze am anderen Ende. S. lässt ein Drittel des Syphon-Inhalts entweichen, bevor die Einleitung geschieht, um jeden Choc zu vermeiden. Er ist bestrebt langsam und mit einem möglichst gleichförmigen Strom des Gases das Colon anzufüllen, da er fand, dass dadurch eine längere Toleranz und grössere Anfüllung des Darmes, sowie ein leichteres Passiren der Coecalklappen ermöglicht wird. Der Gasinhalt von 5 Syphons (circa 20 Liter Kohlensäure, deren Volum durch die Körperwärme sich noch um ein Bedeutendes erhöht) genügt meist. In manchen Fällen werden trotz aller Abwehr die ersten Quantitäten bald wieder ausgestossen, nach einigen Versuchen tritt Toleranz ein. Das Gas bleibt $\frac{1}{2}$—1 Stunde im Darm und verschwindet ohne Abgang von Blähungen durch Absorption. — Injectionen von Lösungen von kohlensaurem Natrium und darauf folgender Injection von Lösungen von Acidum tartaricum und mechanische Verschliessung des Afters hält S. für zu gewaltsam. Die Einführung des Mastdarmrohrs ist sehr vorsichtig zu machen und oft sehr schwierig. Man nimmt dazu am besten eine ziemlich starke englische abgekürzte Schlundsonde, die man in warmem Wasser weicher und biegsamer macht und welche gut eingefettet bei frischen Fällen leicht durchs Rectum in die Flexura sigmidea gelangt. Man kann sich die Einführung sehr erleichtern durch vorherige Anfüllung des Rectum mit Wasser. Die *atmosphärische Luft* würde wohl dasselbe leisten, doch geht ihr die specifische Wirkung auf die Darmmuscularis ab und deshalb zieht S. die Kohlensäure vor. Den interessanten Mittheilungen des bekannten Praktikers schliesst sich auch ein genau beschriebener Fall an.

Herzka-Carlsbad.

Richard Schneider: Ueber das Schicksal des Caffeins[1]) und Theobromins im Thierkörper nebst Untersuchungen über den Nachweis des Morphins im Harn. (Dorpater Inaugural-Dissertation. 1884).

Prof. Franz Riegel: Ueber die therapeutische Verwendung der Caffeinpräparate[1]). (Berl. klin. Wochenschr, 1884. № 19).

Schneider ist unter Leitung des Prof. G. Dragendorff betreffs der Schicksale des Caffein im Organismus zu folgenden Resultaten gekommen:

a. Das Caffein gelangt vom ganzen Magendarmcanal aus rasch und vollständig zur Resorption.

b. Das in medicinalen Gaben gereichte Caffein wird zum grössten Theil im Organismus zersetzt und ist als solches im Harn nicht mehr nachzuweisen.

c. Diese Zersetzung ist bei kleinen Gaben eine vollständige und erst bei Einfuhr grösserer Mengen (wie 0,5 bei einem erwachsenen Menschen) passirt ein geringer Theil unverändert den Körper und ist im Harn mit Leichtigkeit nach der Dragendorff'schen Methode[2]) nachzuweisen.

d. Eine grosse Rolle bei der Caffeinausscheidung spielt ferner die Diurese, indem durch künstliche Steigerung derselben (etwa durch Biergenuss oder starkes Wassertrinken) auch bei einer geringeren Dosis das Caffein unzersetzt im Harn auftreten kann.

e. Die Ausscheidung des unzersetzt gebliebenen Caffein ist eine rasche, beginnt schon in den ersten Stunden nach Einnahme desselben, erreicht zwischen der 3. und 6. ihr Maximum und ist nach 9 Stunden beendet.

f. Dieselben Gesetze gelten für das subcutan einverleibte Caffein.

g. Beim gewöhnlichen Kaffe- und Theegenuss wird kein unzersetztes Caffein ausgeschieden; erst wenn derselbe das gewöhnliche Maass überschreitet, wird ein geringer Theil des Caffeins unzersetzt im Harn ausgeschieden, sei es, dass der Caffeingehalt des Getränkes die entsprechende Höhe erreicht hat, sei es, dass die Diurese durch den Wassergehalt des letztern gesteigert wird.

Ganz analoge Resultate erhielt Verf. mit dem Theobromin, doch übergehen wir dieselben, da sie von geringerem praktischen Interesse sind.

Der dritte Theil der Arbeit betrifft die Nachweisbarkeit des Morphins im Harn und bestätigt die schon früher von Dragendorff und Kauzmann gefundenen, positiven Resultate.

Im Anschluss an die vorstehende Arbeit sei noch auf den oben citirten Riegel'schen Vortrag (gehalten auf dem III. Congresse für innere Medicin zu Berlin) aufmerksam gemacht. Riegel hat auf die Empfehlung von Huchard und Lepine das Caffein bei Herzfehlern im Stadium der gestörten Compensation, also in solchen Fällen angewandt, wo nach den bisherigen Erfahrungen die Digitalis indicirt erschien. Als Beispiele führt er 3 Fälle von Insufficienz und Stenose der Mitralis und einen schlecht compensirten Klappenfehler ohne nähere Angabe der Natur desselben an. In allen Fällen zeigte sich sofort nach Beginn des Caffeingebrauches Verlangsamung und Regelmässigerwerden der Herzaction, und zugleich nahm die Grösse und Spannung des Pulses beträchtlich zu; ferner sofortiges Ansteigen der Harnmenge mit gleichzeitigem Schwinden oder doch mit bedeutender Abnahme des Eiweissgehaltes desselben. Kurzathmigkeit, Orthopnöe und Cyanose schwanden. Im Gegensatz zur Digitalis, die ihre Wirkungen erst nach längerem Gebrauch zu entfalten pflegt, traten diese Erfolge beim Caffein stets sofort ein, auch zeigte dasselbe bei fortgesetztem Gebrauch keine cumulirende Wirkung. Leider giebt R. nicht genauer an in welcher Dosis und Form er dieses Mittel applicirt hat. Er bemerkt blos, dass die Maximaldosis der deutschen Pharmacopöe von 0,2 pro dosi und 0,6 pro die zu klein ist, dass er anfangs das Caffeinum citricum n. Caffeinum hydrobromatum gegeben und später die löslichen Doppelverbindungen des Caffein mit den Natronsalzen der Benzoe-, Zimmt- und Salicylsäure, (Caffeinum natrobenzoicum, C. natrosalicylicum, C. natrocinnamylicum) als subcutane Injection angewandt hat. Bezüglich der Dosirung thue Individualisirung ganz besonders Noth; im Allgemeinen empfehle es sich mit kleinern Dosen der Doppelsalze zu beginnen und eventuell rasch zu steigen und die Tagesdosis nicht auf ein Mal, sondern in getheilter Gabe zu reichen. R. glaubt auf Grund seiner Beobachtungen das Caffein ebenbürtig der Digitalis an die Seite stellen zu dürfen.

---

[1]) Wir geben die Schreibweise der Vff. unverändert wieder, obwohl sie nicht die allgemein übliche ist. Red.

[2]) G. Dragendorff. Ermittelung der Gifte. Petersburg. 1876.

Wenn in der That das Caffein einen Ersatz für die zwar sichere, aber immerhin zweischneidige Wirkung der Digitalis bieten sollte, so wäre damit allerdings einem schon oft empfundenen ärztlichen Bedürfniss abgeholfen. D—o.

S. Baskin: Granulom der Vagina bei einer Schwangeren. (Med. Westn. № 12).

Diese seltene Geschwulst an diesem Orte, hühnereigross, befindet sich im unteren hinteren Drittel der Scheide, besteht seit der 2. Hälfte der Schwangerschaft, weist Anfangs eine glatte Fläche auf, exulcerirt dann und zerfällt total bis zum fast vollständigen Schwunde, als die Geburt von Zwillingen erfolgt.

Obgleich derlei Geschwülste (mikroskopisch junges Granulationsgewebe) gewöhnlich syphilitischer Natur, so hält Verf. in Anbetracht der normalen Geburt und der Gesundheit der Kinder sowohl wie der Mutter im concreten Falle dieselbe für eine Folge der Schwangerschaft und des dabei auftretenden Scheidencatarrhs, wobei Verf. an das Analogon der condylomatösen Wucherungen nicht specifischer Natur in der Scheide von Schwangeren erinnert. N.

Benedikt: Die Elektricität in der Medicin. (Wiener Klinik 1884. II). Wien, Urban & Schwarzenberg 1884. 47 S).

Eine oratio pro domo, d. h. ein Versuch des Verf. seine Methode gegenüber der Brenner'schen polaren Methode zu begründen. Das mit grossem Selbstvertrauen geschriebene Werkchen hat beim Ref. wenigstens die Ueberzeugung von der Richtigkeit und der praktischen Anwendbarkeit der polaren Methode nicht erschüttern können. Hz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Tartenson: Vollständige Heilung der Syphilis ohne Mercur (Englische Methode). Uebersetzt aus dem Französischen ins Russische vom Arzt Levenson. Unter der Redaction des Leiters der Poliklinik für venerische und Hautkrankheiten, Ordinators des Kalinkinhospitals Arzt Ussas. Preis 1 Rbl. St. Petersburg 1884. 117 Seiten. Verlag des Arztes Ussas.

Diese kürzlich erschienene russische Uebersetzung eines 1880 von einem bisher nicht bekannten englischen Arzte in Paris geschriebenen Buches unterliegt eigentlich nicht direct unserer Besprechung, da es sich um eine populäre Schrift handelt. Wir halten es jedoch für unsere Pflicht den Collegen einen kurzen Begriff von derselben zu geben, da man von Patienten darnach gefragt werden kann und da die Verantwortung für die Schrift der sich als Herausgeber und Redacteur der Uebersetzung zeichnende College Ussas, Arzt beim hiesigen Kalinkinhospitals, trägt. Die Schrift giebt eine kurze Uebersicht über die geographische Verbreitung und die Symptome der Syphilis auf 81 Seiten (also der Hauptinhalt), wobei stets auf die Gefährlichkeit und Nutzlosigkeit des Quecksilbers hingewiesen wird, so z. B. pag. 81 und in der Einleitung T's (pag. XVIII). Trotzdem sagt sowohl Ussas, dass Hg. local angewandt werden soll, als auch Tartenson, dass er ganz ruhig Quecksilbereinreibungen verordnet, wenn der Zustand das Leben gefährdet (pag. 88). Also wozu die ganze Aufregung? Man bringt das Hg. in Misscredit und wendet es doch dabei an. Das Heil wird aber in der Anwendung von warmen Bädern gesehen. Es ist leider nicht gesagt, ob Tartenson nicht auch eine Anstalt für warme Wannenbäder besitzt, wie der Ordinator des Kalinkinhospitales Ussas. Im Uebrigen werden die bekannten Argumentationen gegen Hg. angeführt. Das ganze Buch ist recht unklar gehalten und thut man gut, Laien davor zu warnen.

Als Curiosum führen wir noch an, dass Tartenson in seiner Einleitung u. A. sagt: Die neue Methode findet schon Eingang in Paris, London, Deutschland und America und ist bereits adoptirt von den bedeutendsten Aerzten wie «Ulrich von Hutten», Fernel, Botal, Fallope etc., Billroth u. A. — Dieses genügt zur Characteristik!

Der Name des Kalinkinhospitals wird bereits seit einiger Zeit in den alltäglich in den verschiedenen Zeitungen erscheinenden Annoncen über Heilanstalten einzelner Aerzte missbraucht, nun finden wir ihn auch auf dem Titel eines Buches, welches durchaus geeignet ist, beim Laien Misstrauen gegen die Aerzte, welche Syphilis mit Quecksilber behandeln, zu erwecken. P.

Bericht des Medicinaldepartements für das Jahr 1880. (Отчетъ Медицинскаго Департамента за 1880 годъ). St. Petersburg 1882, gr. 8°. Russisch).

Der Bericht des Medicinal-Departements für das Jahr bildet einen stattlichen Band von 358 Seiten (um 64 Seiten mehr als der vorigjährige Bericht), dem noch XXI statistische Tabellen beigegeben sind, und enthält auch diesmal eine Fülle von interessanten und beachtenswerthen Daten. Leider sind diese Daten nicht immer zuverlässig, woran wohl oft die unzuverlässigen und mangelhaften Berichte vieler Medicinalverwaltungen, zuweilen aber auch die nicht genug sorgfältige Zusammenstellung und Verarbeitung des eingelaufenen Materials die Schuld tragen. An manchen Stellen trägt der Bericht nur zu deutlich das Gepräge einer Kanzleiarbeit, ausgeführt von Beamten, welche der medicinischen Wissenschaft fernstehen. Ungern vermissen wir auch diesmal die den Jahrgängen vor 1879 beigegebenen nosogeographischen Karten, welche die Verbreitung der Infectionskrankheiten so bequem veranschaulichten.

Das *erste Capitel des Berichts* enthält Nachrichten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Aus der diesem Capitel beigefügten Tabelle geht hervor, dass die mittlere Sterblichkeit im Jahre 1880 bei einer Bevölkerung von ca. 85 Millionen 3,4% (2,545,811 Todesfälle), die Zahl der Geburten aber 4,7% (3,463,444 Geburten) betrug. Regelrechte Sterblichkeitsregister wurden, wie der Bericht hervorhebt, in den beiden Residenzen und in den Städten Kijew, Odessa, Grodno und Kostroma geführt. In St. Petersburg kamen im Jahre bei einer Einwohnerzahl von beinahe 700,000 — 31,198[1]) Sterbefälle (excl. 1,287 Todgeborene) vor und betrug die durchschnittliche Sterblichkeit für das Berichtsjahr 44,4 pro mille der Einwohnerzahl. Unter den Verstorbenen waren 10,509 Kinder unter 5 Jahren (7,096 unter einem Jahre), 2,066 standen im Alter von 60—69 Jahren, 1,252 im Alter von 70—79 Jahren und 472 waren 80 Jahr und älter geworden. Die häufigste Todesursache bildeten Krankheiten der Athmungsorgane und zwar Lungenschwindsucht in 4,916 und acute Entzündungen der Athmungsorgane in 3,722 Fällen, sodann folgen Gastro-intestinal-Krankheiten in 4,762, Typhus in 4,273, Entzündungen des Gehirns und seiner Häute in 1,296, Gehirnapoplexie in 617, Diphtherie in 364 Fällen u. s. w. Selbstmorde kamen 121 und Morde 7 vor.

In Moskau starben von den ca. 602,000 Einwohnern im Berichtsjahre 24,790[2]) (excl. 1,045 Todtgeborene) d. i. 41,1 pro mille. Wie im Jahre 1879, kommt fast die Hälfte aller Todesfälle, nämlich 11,766, auf Kinder unter 5 Jahren. Von 1000 Einwohnern männlichen Geschlechts starben 39,2, von ebenso viel weiblichen Geschlechts 43,9, von 1000 Kindern unter 5 Jahren 348,94. In den Säuglingsabtheilungen des Moskauer Findelhauses starben allein 8,308 Kinder d. i. 280,2‰. Die meisten Todesfälle kamen in Moskau ebenfalls auf Krankheiten der Athmungsorgane (Lungenschwindsucht 3,229 und acute Entzündungen der Athmungsorgane 2,868 Fälle), ferner Magen-Darm-Catarrh (4,632 Fälle), Typhus (1,559 Fälle), Syphilis (365 Fälle) u. s. w. Selbstmorde kamen 88 und Morde 20 vor.

Einen Einblick in den Gesundheitszustand der Bevölkerung des Reichs gewähren auch die Ermittelungen der Wehrpflichtcommissionen. Es erwies sich bei der Aushebung im Jahre *1880*, dass von 1,645,273 Knaben, welche im Jahre 1859 geboren *waren nach* 21 Jahren nur noch 788,135 d. i. 47,9% am Leben geblieben waren. Von diesen wurden 284,473 d. 36,0% in den Wehrpflichtcommissionen ärztlich untersucht, wobei sich herausstellte, dass unter ihnen 53,258 also 18,7%, wegen körperlicher Gebrechen und chronischer Krankheiten untauglich waren. Man kann also annehmen, dass von allen im Jahre 1859 geborenen Knaben 47,9% das 21. Lebensjahr erreichten und 38,9% gesund blieben[3]).

Was den *Einfluss der Infectionskrankheiten auf die Volksgesundheit* anbetrifft, so kommt in den 66 Gouvernements, auf welche der Bericht sich erstreckt, die grösste Zahl der Todesfälle auf die Diphtherie (44,428), Pocken (22,053) und den Typhus (15,977 Fälle), die grösste Zahl der Erkrankungen aber auf Syphilis (179,919), dann Diphtherie (124,197 Fälle), Typhus (121,725), Pocken (91,442 Fälle).

Die Zahl der an den *Pocken* Erkrankten war im Jahre 1880 wiederum grösser, als in den vorhergehenden 5 Jahren, die Sterblichkeit jedoch eine geringere, als in den 3 vorhergehenden Jahren. Es starben von 91,442 Erkrankten 22,053 d. i. 24,1%, während 1879 bei 89,156 Erkrankungen 25,574 Sterbefälle, also 28,4% vorkamen. Die Pocken waren mit Ausnahme des Irkutskischen Gouvernements über alle Gouvernements verbreitet, namentlich herrschten sie in den südlichen, westlichen und nordwestlichen Gouvernements. In St. Petersburg kamen nur 182 Todesfälle an Pocken vor, während i. J. 1879 in St. Petersburg an den Pocken 1180 Personen starben.

Die Gesammtzahl der *Scharlachkranken* im Reiche betrug 23,400, von denen 4,796, also 21,2%, starben. Am meisten hatten die Gouvernements Liv- und Kurland, Warschau, die Stadt Moskau u. s. w. vom Scharlach zu leiden, namentlich aber die Stadt Riga, wo die meisten Erkrankungen vorkamen. Es starben in Livland von 2,266 Erkrankten 303 (13,3%) in Moskau kamen auf 1,956 Erkrankungen 338 Todesfälle (17,2%), in Kurland starben von 761 Erkrankten 63. In St. Petersburg starben von 683 Erkrankten 125 Personen (18,3%) an Scharlach.

Die *Diphtherie* breitet sich, wie aus den Berichten für die vorhergehenden Jahre zu ersehen, immer noch weiter aus, doch ist das Sterblichkeitsprocent geringer geworden:

Im Jahre 1878	erkrankten	63,613,	starben	23,412 (39,9%);
„ „ 1879	„	83,275,	„	33,815 (40,2%);
„ „ 1880	„	124,197,	„	44,428 (35,7%).

[1]) 19,200 männl., 11,998 weibl. Geschlechts.

[2]) 13,908 männl., 10,867 weibl. Geschlechts.

[3]) Von den im J. 1858 geborenen Knaben hatten nur 47% das 21. Lebensjahr erreicht und waren 37,6% gesund geblieben.

Am ärgsten wüthete die Epidemie im Poltawaschen Gouvernement, wo 20,643 Personen erkrankten und 8,071 Personen starben, sowie im Charkowschen Gouvernement, wo von 18,277 Erkrankten 7,200 starben und im Podolischen, wo bei 15,414 Erkrankungen 4,319 Todesfälle vorkamen, nächstdem im Kurskschen (10,240—3,964), Jekaterinoslawschen (gegen 10,000—3,688), Woroneshschen (8,528—2,717), Kijewschen (8,250—2,949), Tshernigowschen (4,523—2,191).

Die Zahl der an *Masern* Erkrankten und Gestorbenen war im Berichtsjahre geringer, als in den beiden vorhergehenden Jahren. Im Ganzen starben von 19,183 Erkrankten 1,902 d. i. 9,9%. Die meisten Erkrankungen kamen in Moskau (2,610 mit 283 Todesfällen), in St. Petersburg (1,569 mit 153 Todesf.) im Gouvernement Warschau (1,049 mit 180 Todesfällen) vor.

An *Keuchhusten* starben von 14,731 Erkrankten 1,168 d. i. 7,7%. Die grösste Zahl der Erkrankungen fällt auf das Gouvernement Charkow; es erkrankten dort 2,701 und starben 257, d. i. 9,5%.

Der *Typhus* weist auch in diesem Berichtsjahre eine sehr bedeutende Zunahme gegen die beiden vorhergehenden Jahre auf und ist das Mortalitätsprocent um 3,4 höher, als im Jahre vorher.

Am Typhus erkrankten i. J. 1878— 85,050 und starben 9,568 (11,2%);
" " " " 1879— 89,251 " " 8,694 (9,7%);
" " " " 1880—121,715 " " 15,974 (13,1%).

Die meisten Erkrankungen am Typhus, fast 3 Mal so viel als im vorhergehenden Jahre, kamen in St. Petersburg (28,000 — im Jahre 1879 — 10,000) vor, sodann im Charkowschen Gouvernement (6,715) im Wjatkaschen Gouv. (5,910), im Petersburger Gouv. (5,215), im Kiewschen Gouv. (4,009), im Ssimbirskischen Gouv. (3,528), in Odessa (3,204) u. s. w. Die grösste Zahl der Erkrankungen kommt auf den Abdominaltyphus (mit 10,4 % Mortalität), dann folgt der Flecktyphus (mit 10,5 % Mort.) und die wenigsten Erkrankungen kamen an Recurrens (mit 9,8 % Mort.) vor. In St. Petersburg starben am Typhus 4,273 Personen, im Gouvernement Petersburg 356, im Gouv. Wjatka 555, im Gouv. Charkow 502. Livland weist auch im Jahre 1880 eine grosse Zahl an Typhuskranken auf (1,914 mit 154 Todesfällen); von Recurrens kamen nur 7 Fälle dort vor.

Die *Dysenterie* weist eine bedeutende Zunahme gegen früher auf; es starben von 44,496 Kranken 7,057, also 15,8 %. Am stärksten herrschte sie im Wologdaschen Gouvernement und zwar epidemisch in 6 Kreisen desselben (bei 4,282 Erkrankungen 901 Todesfälle). In Livland, wo die Dysenterie im Jahre 1879 besonders stark, namentlich im Werroschen Kreise, grassirte, konnte eine Abnahme derselben constatirt werden. Von 1807 Erkrankten starben dort 223; im Dorpatschen Kreise, wo sie epidemisch auftrat, kamen bei 675 Erkrankungen 121 Todesfälle vor.

An *Milzbrand* erkrankten im Jahre 1880 — 659 Personen und starben 117 d. i. 17,7 %. Die meisten Fälle kamen, wie im Jahre vorher, im Charkowschen Gouvernement vor (bei 252 Personen 49 Todesfälle), dann im Pensaschen Gouv. (57 mit 7 Todesf.), im Wjatkaschen Gouv. (53 mit 6 Todesf.), Kurland (40 mit 4 Todesf.), im Lublinschen Gouv. (33 mit 5 Todesf.), im Olonezschen Gouv. (30 mit 13 Todesfällen).

Von *Lyssa* ist nach dem Berichte angeblich nur 1 Fall (!) im Kiewschen Gouvernement beobachtet worden, was wohl ein Beweis für die Unzuverlässigkeit der eingelaufenen Berichte ist.

Von der *Grippe*, welche eine Zunahme aufweist, hatten am Meisten die Ostseeprovinzen Liv- und Kurland, sowie das Gouvernement Charkow zu leiden. Sie herrschte epidemisch in Livland, namentlich in Riga, Dorpat, im Wolmarschen, Wendenschen und Pernauschen Kreise, wo 6,081 [1] Erkrankungen mit 28 Todesfällen vorkamen. Dann folgt Kurland mit 5,010 Erkrankungen und 14 Todesfällen, sowie Charkow mit 4,678 Erkrankungen und 76 Todesfällen.

An *Parotitis* kamen die meisten Erkrankungen im Charkowschen Gouvernement, wo sie epidemisch auftrat, vor (bei 2,731 Personen 48 Todesfälle), dann im Jekaterinosslawschen Gouv. (482 mit 3 Todesf.), in Kurland (465 Erkrankungen), in Livland und zwar epidemisch in Riga und im Wolmarschen Kreise (451 mit 2 Todesf.), im Cherson'schen Gouv. (355 mit 6 Todesf.)

Von *epidemischer Meningitis cerebrospinalis* kamen die meisten Fälle in Kurland, namentlich im Talsenschen Kreise, vor und zwar bei 160 Erkrankungen 23 Todesfälle, ferner noch im Gouvernement Warschau ca. 20 Erkrankungen und im Gouv. Archangel 6 Erkrankungen mit 2 Todesfällen.

An *Croup* kamen die meisten Erkrankungen in den Gouvernements Podolien und Witebsk vor und erkrankten in ersterem Gouv. 697, von denen 224, d. i. 20,7 %, sowie in letzterem Gouv. 225, von denen 73, also 32 %, starben.

Die *Syphilis* weist auch im Jahre 1880 eine Zunahme gegen früher auf. Die Gesammtzahl der venerischen Krankheiten, welche in ärztliche Behandlung kamen, betrug über 255,000. Von den in den Hospitälern des Civilressorts behandelten Kranken waren 14,8 % mit venerischen Krankheiten behaftet (unter 566,682 Kranken 83,957 Venerische). Zum 1. Januar 1880 betrug die Zahl aller in die Register der medicinisch-polizeilichen Comités eingetragenen Prostituirten 25,540, im Laufe des Jahres schieden 11,145 aus und wurden 16,895 neu in die Register eingetragen, so dass zum 1. Januar 1881 nach den Registern 31,290 Prostituirte verblieben. Der geheimen Prostitution überführt wurden 15,122 von denen 2575, d. i. 17 % inficirt waren. Von den in Bordellen wohnenden Prostituirten wurde bei 6,137 oder 43,8 % Syphilis gefunden, unter den einzeln lebenden Prostituirten erwiesen sich 3,861 oder 27,6 % als syphilitisch inficirt und unter den der geheimen Prostitution Angehörigen 3,989 oder 28,5 %. In St. Petersburg betrug die Zahl der am 1. Januar 1880 in Bordellen befindlichen Prostituirten 1,528, die der einzeln lebenden 2,064, überhaupt also 3,592; im Laufe des Jahres schieden 1,064 aus und wurden 1,310 neu in die Register eingetragen, so dass zum 1. Januar 1881 die Zahl der Prostituirten 3,838 (davon 1,581 in Bordellen und 2,257 einzeln lebende) betrug. Der geheimen Prostitution überführt wurden 1,554, von denen 218 oder 14 % mit venerischen Krankheiten behaftet waren. Von den Prostituirten Petersburgs erwiesen sich 71,3 % (?) als syphilitisch inficirt. In Moskau wurden von den Prostituirten 24,0 % und von den der geheimen Prostitution Verdächtigen 7,0 % inficirt gefunden. In Nishni-Nowgorod, wo während der grossen Messe eine strenge ärztliche Untersuchung der Prostituirten stattfindet, wurden von 739 Prostituirten 94 oder 12,7 % inficirt gefunden.

Aus dem die *Invasionskrankheiten* behandelnden Abschnitte heben wir hervor, dass nach dem Bericht nur 1 Fall (?) von *Trichinose* in Mitau in Folge Genusses von Schinken beobachtet worden ist und dass von *Bandwurm* die meisten Fälle im Gouvernement Charkow (bei 2,021 Personen), im Gouv. Grodno (bei 1,768 Pers.) in den Ostseeprovinzen Kurland (bei 1,656 Pers.) und Livland (bei 1,206 Pers.) u. s. w. vorkamen.

Unter den *endemischen Krankheiten* nimmt die *Malaria* die erste Stelle ein. Es erkrankten an derselben im Ganzen 169,187 Personen, von denen 306 (0,18 %) starben. Die meisten Erkrankungen weisen das Charkowsche (61,160 mit 143 Todesfällen) und Kurksche (27,796) Gouvernement auf, sodann folgen die Gouvernements Jekaterinosslaw mit 12,830 und Bessarabien mit 12,708 Erkrankungen.

Von *Scorbut* kamen die meisten Fälle in den Gouvernements Samara (420 mit 16 Todesfällen), Charkow (371 mit 16 Todesf.), Kurland (179, davon in Libau 71) vor.

Mit dem *Kropf* behaftet erwiesen sich bei der ärztlichen Besichtigung der Wehrpflichtigen im Jahre 1880 — 388 Individuen und zwar kamen die meisten Fälle auf die Gouvernements Perm (122) und Irkutsk (72).

Lepra kam endemisch unter der Bevölkerung am Baikal-See und an der Mündung der Sselenga, sowie im Astrachanschen Gouvernement vor.

Das II. Capitel handelt von der medicinisch-polizeilichen Aufsicht über den Verkauf von Nahrungsmitteln und Getränken, den Handel mit stark wirkenden Substanzen, Fabriken und dergl.

Das *III. speciell medicinische Capitel* beschäftigt sich mit dem medicinischen Personal, den Krankenanstalten, Apotheken u. s. w. Nach den Berichten der Medicinalverwaltungen nahmen im Jahre 1880 — 5,123,522 Kranke oder 7,6 % der Gesammtbevölkerung Rath und Hülfe der Aerzte in Anspruch, — 370,303 oder 1,8 % mehr als 1879. Auf jeden von den 4.698 Aerzten, die in den Berichten der Medicinalverwaltungen in Betracht kommen, entfallen 1,090 Kranke. Krankenanstalten des Civilressorts existirten 1.921 und ausserdem 590 Heilanstalten, die anderen Ressorts, Gesellschaften oder Privatpersonen gehörten. In ersteren befanden sich 50.908 Betten d. i. 1 Bett auf 1,628 Einwohner, in letzteren 10,341 Betten, im Ganzen also 61,249 Betten oder 1 Bett auf 1.353 Einwohner. Wegen Raummangels in den Hospitälern mussten in St. Petersburg 6,974, in Moskau 2,852 Kranke abgewiesen werden. Die grösste Zahl der Kranken in den Hospitälern litt an folgenden Krankheiten: Intermittens 90,981 (16,5 % aller Kranken), venerische Krankheiten 83,957 (10,1 %), Typhus 71,188 (9,3 %), Entzündungen der Lunge, des Herzens und der Gefässe 34,383 (4,5 %), Rheumatismus 31,282 (4,1 %), acuter Catarrh der Athmungsorgane und Grippe 28,345 (3,7 %), verschiedene fieberhafte Krankheiten 25,425, Croup und Diphtherie 21,674 (2,8 %), Tuberculose 20,799 (2,7 %) u. s. w.

Die grösste Zahl der Todesfälle in den Hospitälern kam auf Tuberculose 10,696 (51 % der daran Erkrankten), Croup und Diphtherie 9,914 (42,7 %), Typhus und typhöse Fieber 8,254 (11,6 %), Entzündungen der Lunge, des Herzens und der Gefässe 6,743 (19,6 %), Marasmus und Gangraena senilis 3,364 (37,2 %), chronischen Catarrh des Darmkanals 1,812, Apoplexie und verschiedene Lähmungsformen 1,750 (24,4 %), Hydrops 1,600, organische Krankheiten der Athmungswerkzeuge 1,363, Nierenkrankheiten 1,271, organische Krankheiten des Herzens 1,250, Geisteskrankheiten 1,249 (9,7 %), Dysenterie 1,172, Krebs 1,061 (22,5 %) Entzündungen der Bauchorgane 1,016. Die Mortalität in den Hospitälern betrug 8,0 %, um 0,3 % mehr als im Jahre vorher.

Die Zahl der *Aerzte* betrug im Jahre 1880 — 13,846, darunter 2,004 Doctoren der Medicin. Im Laufe des Jahres kamen hinzu 644 Aerzte, darunter 22 Doctoren der Medicin und wurden als gestorben aus den Listen gestrichen 239 Aerzte, darunter 40 Doctoren der Medicin. Etatmässige Stellen gab es 2,059, darunter Kreisärzte 685, Stadt- und Polizeiärzte 672, Aerzte bei den Anstalten der Collegien der allgemeinen Fürsorge 344, in den Medicinalverwaltungen 143 und Landschaftsärzte 113.

[1] Diese Ziffer drückt aber nicht die wirkliche Zahl der Grippekranken aus, da hier auch die acuten Bronchialkatarrhe mitgerechnet sind.

23 Personen weiblichen Geschlechts, welche in den weiblichen medicinischen Cursen am Nikolai-Militärhospital ihre Ausbildung erhalten hatten, wurden als «gelehrte Hebammen» zur Ausübung der ärztlichen Praxis in den im Allerhöchsten Befehl v. 6. April 1879 festgesetzten Grenzen zugelassen.

Medicinische Gesellschaften gab es 73; die älteste ist die Gesellschaft praktischer Aerzte in Mitau, gegründet im Jahre 1840, die jüngste die Gesellschaft der Aerzte in Taganrog, gegründet im Jahre 1879. *Medicinische Zeitschriften* existirten nach dem Bericht nur 9, doch kann diese Zahl keinen Anspruch auf Genauigkeit machen, da beispielsweise unsere seit 1876 erscheinende «St. Petersburger med. Wochenschrift», welche in den Berichten der vorhergehenden Jahre angeführt ist, in dem Verzeichniss pro 1880 nicht berücksichtigt worden ist. Ebenso vermissen wir in dem Verzeichniss die in Warschau erscheinenden med. Zeitschriften «Medycyna» und «Sdrowie».

Die Zahl der dem Ministerium des Innern unterstellten *Hebammen* betrug 982, etatmässige Stellen für Hebammen gab es 776; die Zahl der etatmässigen Stellen, mit Einschluss der landschaftlichen, für *Feldscheerer* betrug 3,033. Feldscheererschulen gab es 34, Hebammenschulen 23. *Apotheken* mit dem Rechte des freien Verkaufes gab es 1,696, ausserdem im Kaukasus und im Gebiet der Donischen Kosaken 84. Von den 1,696 Apotheken befanden sich 397 in den Residenzen und Gouvernementsstädten und 1,299 in den Kreisstädten und Flecken. Die Zahl der Recepte betrug 11,851,221, — 1,776,046 mehr als im vorhergehenden Jahre und der Gesammtumsatz belief sich auf 7,060,035 Rbl., doch war die Zahl der Recepte, sowie der Umsatz in Wirklichkeit viel höher, da aus mehreren Gouvernements und Gebieten die einschlägigen Nachrichten fehlen. So fehlt die Angabe des Erlöses für 2,086,946 Recepte, welcher Betrag in der Summa von 7,060,035 nicht enthalten ist. Der Durchschnittspreis eines Receptes war gegen 72 Kop. (!!) (im Jahre 1877 ca. 34 Kop., 1878 ca. 35 Kop., 1879 ca. 50 Kop.) Der durchschnittliche Umsatz einer Apotheke betrug 4,266 Rbl. In St. Petersburg gabes 52 Apotheken mit einem Umsatz von 1,414,471 Rbl. bei 1,909,535 Recepten.

Aus *dem IV. Capitel*, welches den gerichtlich-medicinischen Theil behandelt, geht hervor, dass die Gesammtzahl der von den im Staatsdienst stehenden Aerzten ausgestellten gerichtlich-medicinischen Acte 84,579 betrug, so dass auf jeden Kreis-. Stadt- und Polizeiarzt durchschnittlich 63,7 kommen. Die Zahl der gerichtlichen Sectionen belief sich auf 12,970. Im Zeitraum von 5 Jahren (1876—1880 incl.) belief sich die Zahl der gerichtlich-medicinischen Acte auf 370,332, so dass auf jeden Arzt durchschnittlich 279 kamen, die Zahl der gerichtlichen Sectionen in demselben Zeitraum betrug 58,040, so dass auf jeden Arzt durchschnittlich 43 Sectionen entfielen. Im Medicinal-Departement wurden 133 Sachen, welche von verschiedenen Behörden eingesandt waren, durchgesehen und dem Medicinalrath zur Entscheidung vorgelegt. Im Ganzen gelangten im Medicinal-Departement im Jahre 1880 — 4,142 Sachen zur Verhandlung, von welchen 3,475 erledigt wurden und 667 zum Jahre 1881 unerledigt verblieben. Es liefen 21,016 Schriftstücke ein und 10,835 wurden ausgefertigt.

Das letzte Capitel ist dem *Veterinärwesen* gewidmet, aus dem wir nur die Zahl der Veterinäre entnehmen, welche im Berichtsjahre — 1,935 betrug, von denen 39 Magister der Veterinärkunde, 1,645 Veterinärärzte und 251 Veterinärgehülfen waren. Bf.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 11. Mai 1883.

Dr. Bergmann verliest seinen Vortrag: «Aus der laryngologischen Praxis».

Anknüpfend an eine von ihm mit Erfolg ausgeführte Tracheotomia inferior bei einem 5-jährigen, an Larynxcroup erkrankten Knaben, bespricht Vortragender die verschiedenen Methoden, die Trachea zu eröffnen und entscheidet sich für Tracheotomia inferior, vornehmlich wegen Breite des Raums zwischen Jugulum und Isthmus der Schilddrüse. — Gelegentlich des Berichts über die Extraction von vier Larynxpolypen empfiehlt Vortragender für intralaryngeale Operationen die Anaesthesirung des Kehlkopfs durch Morphiumbepinselung und Gurgeln mit Bromkaliumlösung. — Eine Eitersenkung in der Fossa maxillo-pharyngea (ausgehend von Sequesterbildung in den Mastoidealzellen) bei einer 20-jährigen Dame öffnete sich selbst im Pharynx nach hinten und unten von der Tubenöffnung. — Bei zwei Carcinomen des Larynx konnte die Ansicht Fauvels bestätigt werden, dass die Heiserkeit gewöhnlich nicht so beträchtlich ist, wie bei phthisischer Erkrankung. — Für die Behandlung syphilitischer Rachen- und Kehlkopfaffectionen empfiehlt Vortragender bei entsprechender Allgemeinbehandlung Pinselungen mit Sublimatglycerin, Lapislösung; für tuberculöse Larynxulcera nur gelegentlich Morphiumeinblasungen, während Reizzustände des Larynx bei Phthisikern locale Behandlung erheischen. — Bei 6 Fällen von Anaemie des weichen Gaumens, Pharynx und der Epiglottis bei blutarmen Mädchen und einer Frau bestand heftiger Husten, der durch den Larynxbefund nicht erklärt werden konnte. Nur in zwei Fällen waren die Lungen suspect. Chinin zu gr. III—V p. die besserte in drei Fällen entschieden den Zustand.

Dr. Hübner berichtet im Anschluss hieran, dass Bromkalium ihm zur Anaesthisirung des Pharynx und Larynx sehr gute Dienste geleistet habe. Ebenso erwies sich Gurgeln damit von Erfolg bei Pharyngitis und Tonsillitis mit heftigen Schmerzen beim Schlucken.

Dr. Treymann hält seinen Vortrag: Ein Extensionsschienenverband mit Demonstrationen. Vortragender hat bei 15-jähriger Land- und Fabrikpraxis die Ueberzeugung gewonnen, dass der Gypsverband in der Hand bewährter Chirurgen und bei geschulter Assistenz Vorzügliches leisten könne. Für die Land- und Kriegspraxis sei er jedoch nicht zu empfehlen, namentlich weil er das Behandlungsobject der Palpation und Inspection entziehe, weil er unsauber, schwer und seine Entfernung mühsam sei. Dieselben Mängel haften mehr oder weniger allen erstarrenden Verbänden an. Vortragender ist daher Anhänger der Extensions- und Schienenverbände, zumal auch bei der Behandlung complicirter Fracturen. Der vom Vortragenden construirte und der Gesellschaft demonstrirte Extensionsschienenverband kann beliebig am rechten und linken Arm, resp. am rechten und linken Bein angelegt werden. Er besteht im Wesentlichen aus articulirenden und in der den Gelenken entsprechenden Articulation stellbaren, rinnenförmigen Blechschienen, welche je nach der individuellen Länge des kranken Gliedes verlängert resp. verkürzt werden können. Der Verband wird durch Deckschienen, welche aus in Zeug eingenähten biegsamen Zinkblechstreifen bestehen, geschlossen. Die Vorzüge dieses Verbandes sieht Vortragender in der Entbehrlichkeit sachkundiger Assistenz, in der Möglichkeit durch Abnehmen der Deckschiene, die kranke Extremität directer Controle zugänglich zu machen und in der Möglichkeit der Anwendung des antiseptischen Verbandes bei complicirten Fracturen.

Dr. Schwartz sieht den einzigen Nachtheil des Gypsverbandes in seinem Gewicht; eine geschulte Assistenz erachte er nicht für durchaus erforderlich. Der Verband des Vortragenden erscheine ihm kostspielig, complicirt, und lasse Druckgangrän z. B. am Schambein befürchten: gegen welchen letzteren Einwand Dr. Treymann bemerkt, dass genügende Polsterung diese Gefahr beseitige.

Dr. Miram hat im russisch-türkischen Kriege bei dürftiger Assistenz viele Gypsverbände angelegt und nur günstige Erfahrungen zu verzeichnen; schliesst der Verband gut, so tritt auch bei complicirten Fracturen prima intentio leicht ein.

Dr. Bergmann schliesst sich Dr. Miram an und wendet weiter gegen Dr. Treymanns Schienenverband ein, dass das Wundsecret complicirter Fracturen die Ledertheile imprägniren und so zu Zersetzungen führen würde. Dem Gypsverbande gegenüber giebt Dr. Bergmann den Stützapparaten, mit *welchen die Kranken* gleich umhergehen können, den Vorzug.

Dr. Hübner hat bei 13-jähriger Landpraxis den Gypsverband bewährt gefunden.

Dr. Treymann betont nochmals, dass das Anlegen eines tadellosen Gypsverbandes zuverlässige und geschickte Assistenz erheische.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 28. Februar 1884.

1. Dr. Holst theilt folgenden *Fall von Pneumothorax* mit: Am 15. Februar wurde ins evangelische Hospital eine Patientin aufgenommen, die angeblich vor 1 Monat an Pneumonie erkrankte, und seither an Athembeschwerden leidet. Vor 1 Jahr soll sie in ähnlicher Weise erkrankt gewesen sein, erholte sich aber vollkommen.

Status präsens: Fieberfrei. L. U. Dämpfung, Athemgeräusch nicht wahrnehmbar. Oberhalb der Dämpfung Bronchialathmen mit amphorischem Beiklang. Es lässt sich deutlich Exsudat nachweisen (die Probepunction zeigt, dass es seröser Natur). Das Herz ist ganz nach rechts verdrängt, der Spitzenstoss im rechten 3. Intercostalraum. Bemerkenswerth ist die Euphorie, wenn Pat. sich ruhig verhält hat sie nur wenig Beschwerden. Es handelt sich offenbar um einen sogenannten Ventilpneumothorax. Die Luftansammlung hat in den letzten Tagen entschieden zugenommen. Bezüglich der Therapie meint H., dass er von der Thoracocentese nichts erwartete, daher expectativ behandeln wolle und nur den Hustenreiz bekämpfe.

Dr. Kernig ist auch entschieden für expectative Behandlung derartiger Fälle. Vor 2 Jahren behandelte er ein Mädchen mit ausgedehntem Pneumothorax dexter, der Wochenlang bestand, darauf stellte sich allmälig Exsudat ein, welches die Brust ausfüllte und schliesslich vollkommene Resorption. Unklar ist in dem von Dr. H. vorgetragenen Falle die Entstehung des Pneumothorax. Das Exsudat ist serös; dieses spricht gegen die Annahme, dass eine Pneumonie vorhergegangen.

Dr. G. Tiling wendet dagegen ein, dass wenn hoch punctirt worden, der Eiter sich abgesetzt haben könne und man dann in der That nur seröse Flüssigkeit erhalte. Bezüglich der Behandlung meint T., man müsse bei offenem Pneumothorax nicht zuwarten, sondern eine Incision machen, um Abfluss zu schaffen. Wenn auch früher und jetzt exsudative Pleuritis bei expectativer Behandlung günstig verlaufen, so müsse man doch im Auge behalten, dass die

Resorptionsstoffe nicht ungefährlich für die Patienten seien. Die durch die Bronchien in die Brusthöhle tretende Luft könne weit eher schädlich sein, als die durch die Incisionsöffnung eintretende Luft, die doch erst antiseptische Stoffe passirt. Bei der Incision schafft man eine acute adhäsive Pleuritis und erhält dadurch Heilung.

Dr. Kernig entgegnet darauf, dass die durch den Bronchialweg in den Thorax tretende Luft weniger deletär wirke, als die direct durch Wunden eintretende. Zersetztes Exsudat bei Pneumothorax finde man nur dann, wenn die Lunge ohnehin schon in Zersetzung begriffen, wie z. B. bei Lungengangrän etc. Die Desinfection des Thorax sei auf die Dauer schwer zu bewerkstelligen, namentlich in unseren Hospitälern, daher rührt man in denselben nicht gern am Pneumopyothorax. Stinkende Gase würden bei Pneumopyothorax nur äusserst selten entleert. K. hat 5 Fälle gesehen, wo Durchbruch des eitrigen Exsudates in die Bronchien stattgefunden, worauf durch dieselben wochenlang Eiter entleert wurde und schliesslich Genesung eintrat. Bemerkenswerth war, dass sobald der Eiterauswurf durch die Bronchien behindert wurde, sofort Fieber auftrat. Schwarten waren in einzelnen dieser Fälle später physikalisch nicht nachweisbar. — Handelt es sich einfach um ein Empyem ohne Durchbruch, so muss entschieden operirt werden.

Dr. Amburger meint, dass der Holst'sche Fall wahrscheinlich doch wohl traumatischen Ursprunges sei. Auch ihm scheint das seröse Exsudat gegen vorhergegangene Pneumonie zu sprechen. Sobald sich in diesem Falle die Oeffnung schliesst, wird wahrscheinlich Resorption eintreten.

Dr. Monastyrski wendet ein, dass beim Zuwarten leicht stärkere Schwartenbildung und dadurch Erschwerung der Resorption entstände.

2. Dr. v. Grünewaldt theilt *einen Fall von Carbolsäurevergiftung* mit. Bei einer Patientin, die Gr. wegen Unterleibsschmerzen consultirte, fand er einen Uterus, dessen Grösse dem 5—6 Monat der Schwangerschaft entsprach, die Palpation gab alle Zeichen einer Molenschwangerschaft. Kein Fieber, Bewusstsein klar. *Verordnung*: Eisbeutel, Secale cornutum, 2 Mal täglich Clysmata und Ausspritzung der Vagina, zu welcher Gr. Carbolsäurelösung vorschlug. 2 Stunden darauf trat plötzlich eine starke Verschlimmerung des Zustandes ein und bald darauf Collaps und Tod. Dr. Strawinski, der zur Patientin hingerufen, erfuhr, dass die Hebamme auf Wunsch der Frau, derselben ein Clysma mit c. 1 ℨ Acid. carbolic. liq. gestellt, welches nicht abging. Eine Stunde darauf trat der Collaps ein, dem der Tod folgte.

Dr. Bartel hat vor 2 Jahren im Obuchowhospital, auch bei einer Frau, eine Carbolsäurevergiftung durch ein Clysma gesehen, jedoch ist Pat. genesen. Es wurde ein Clysma mit ½ ℨ Carbolsäure gestellt, welches nicht abging und schon nach 20 Minuten trat schwerer Collaps ein, der nur mit grosser Mühe bewältigt werden konnte.

Dr. Holst macht darauf aufmerksam, dass ihm nach diesen Erfahrungen Carbolsäure-Clysmata als antifebriles Mittel, wie sie neuerdings empfohlen worden, doch gefährlich erscheinen.

Secretair: Dr. O. Petersen.

Correspondenz.

Geehrter Herr Redacteur!

Mit Dank benutze ich den mir freundlichst zugestandenen Raum in den Spalten Ihres geehrten Blattes behufs einer Erwiderung auf Dr. Weljaminow's Entgegnung.

In P. I[1]) wird von Dr. W. auseinandergesetzt, dass ich nur bei 6 Operationen von 23 zugegen gewesen bin. Ich kann diese Zahlen nicht verificiren, da ich zur Zeit in der Provinz lebe und nicht im Stande bin, mir bald die einschlägigen Arbeiten zu verschaffen. Die Auseinandersetzungen finde ich aber auch vollkommen irrelevant, weil das Material zu meinem Angriff gegen Dr. W's. Aufsätze (über 33 Fälle von Carotisligatur Wratsch № 45 und 46 1881 und № 30 1882) in meinen «unentbehrlichen Bemerkungen» (Med. Bote 1883 № 51) fast ausschliesslich die von Dr. W. angeführten Krankengeschichten gaben, während das Motiv, die Pflicht und die Berechtigung, Dr. W's. genannte Artikel anzugreifen in meiner genauen Bekanntschaft mit Dr. Reyher's Klinik durch meine fast 2-jährige Dienstzeit an derselben zu suchen sind.

Um zu bekräftigen, dass in den 17 Fällen von Carotisunterbindungen, welche zu Dr. W's. Zeit ausgeführt sind, die provisorische Compression wirklich geübt sei, stützt sich Dr. W. auf den von mir angeführten Passus «wie ich gehört habe, wird sie (die Compression) jetzt in allen Fällen ausgeführt».

Ich muss betonen, dass diese meine Bemerkung für das Jahr 1883, nicht für die Jahre 1881 und 1882, auf welche Dr. W. sie bezieht, Geltung hat.

Weder Dr. Reyher noch Dr. Weljaminow geben an, von welchem Falle an das «immer verlangt», «als Regel angenommen» (der provisorischen Compression) beginnt. Ich, meinerseits, muss diese «Regel», dieses «Verlangen» für meine Dienstzeit an Dr. Reyher's Klinik kategorisch in Abrede stellen. Weder ich noch der damalige Assistent Dr. Trinitatski (mit dessen Zustimmung ich seinen Namen nenne) haben dieses «Verlangen» Dr. Reyher's jemals von diesem selbst oder etwa von unseren Vorgängern zu hören bekommen. Dr. W. kann deshalb auch kaum von diesem «Verlangen» etwas gewusst haben.

Dr. W. findet es immerhin «unzweifelhaft», dass seine «Annahmen» (aber nicht «Folgerungen») in keiner Weise sich verändern, da ja auch dann seine «Annahmen» sich auf 17 statt 23 Fälle stützen. Es giebt dieses die genaue Charakteristik der Anschauungen Dr. W's. in Betreff wissenschaftlicher Arbeiten, so zu sagen sein Motto zu den letzteren. Seine «Annahmen», nicht «Folgerungen» bleiben unverändert ob ein Viertel der kleinen Zahl von 23 Fällen ins Gewicht fällt oder nicht. (Gesetzt auch dass nur 6 Fälle zu streichen sind).

Ad P. II muss ich wohl «ernstlich bei meiner Meinung» bleiben, dass in einer Frage wie die über die Vorzüge der einfachen oder doppelten Ligatur der Carotis, welche in der Wissenschaft nicht abgeschlossen dasteht, (vergl. die entgegengesetzten Meinungen zweier englischer Chirurgen in Brit. med. J. 1883) nur die persönliche vergleichende Anwendung beider Methoden zum Schluss über die Vorzüge, zumal «grosse» Vorzüge, berechtigen kann, umsomehr als die Mehrzahl der «einige hundert Mal» ausgeführter einfachen Ligaturen in die vorantiseptische Zeit fällt. Der Vergleich dieser Frage mit der Frage über die Vorzüge der Antiseptik vor dem pansement sal ist wenig passend, weil die Vorzüge der ersteren von Jedem anerkannt sind.

Dr. W. schuldigte die grössere (?) gegenseitige Reibung der umgebenden Weichtheile und des unterbundenen Gefässes bei einfacher Unterbindung als die Ursache der häufigeren (?) Nachblutungen nach letzterer an. Ich schrieb, dass «augenscheinlich» diese Ursache nicht von Belang sei. Dr. W. fordert jetzt dafür Beweise. Ich glaube, er würde diese Forderung unterlassen haben, wenn er sich einerseits die Schwierigkeit der Bewegungen des Halses, also auch der ihn bildenden Weichtheile im Occlusivverbande bei einfacher Ligatur und andererseits die Unmöglichkeit der Immobilisation des pulsirenden angeschnittenen, freien, centralen Endes der Carotis nach doppelter Unterbindung mit Durchschneidung im gleichen Occlusivverbande vergegenwärtigt hätte.

In den letzten 2 Absätzen des P. II hat Dr. W. erstens mein Citat falsch angeführt, wenn auch nur in Bezug auf Interpunctionszeichen, welche den Sinn aber doch ändern; zweitens kann das aus W's. Citat von mir ausgelassene Wort *nur* keine Logik in folgende aneinandergestellte Sätze hineinbringen: Die doppelte Unterbindung mit Durchschneidung hat «grosse» Vorzüge vor der einfachen. «Einmal *nur* sahen wir eine Nachblutung aus dem unterbundenen Gefäss — vielleicht weil wir das Gefäss immer doppelt unterbanden und durchschnitten».

Punct III entspricht als Entgegnung so wenig meinem Angriff (Med. Bote 1883 № 51), dass ich mich gezwungen sehe meinen einschlägigen Passus hier in der Uebersetzung wiederzugeben (als ein Beispiel der ungezwungenen Handhabung von literärischem Material, von Seiten Dr. W's.): «So eifrig N. A. Weljaminow einige Fälle aus seiner Statistik der Sterbefälle ausschloss, so eigenartig hat er sich den beobachteten Gehirnerscheinungen gegenüber gestellt. So sagt er (S. 752 № 45 Wratsch 1881»): Gehirnerscheinungen nach der Ligatur der Carotis com. haben wir nur ein Mal beobachtet (Fall 9)»; diese Gehirnerscheinungen sind auch nur ein einfacher Zufall» gewesen. Während dessen ist in Fall 9 comatöser Zustand vermerkt; in Fall 12 Tags nach der Operation: Schmerz im Auge auf der der Operation entsprechenden Kopfhälfte; in Fall 21 — Schmerz in der rechten Kopfhälfte (von welchem der Verfasser während der Untersuchung der Gehirnerscheinungen mit keinem Wort Erwähnung that). Die Erscheinungen in den letzten beiden Fällen werden vom Verfasser aus der Zahl der Fälle mit Gehirnerscheinungen eliminirt und einfach als «andere Erscheinungen, welche nach der Meinung der Chirurgen, nicht selten die Ligatur der Art. carot. com. begleiten genannt». Zum Fall 21 kann ich hinzufügen, dass in demselben bis zur Zeit eine Parese des rechten Hypoglossus besteht. Im 2. Artikel (Wratsch 1882 № 30) wird noch ein Fall mit Gehirnerscheinungen richtig angeführt (№ 3)».

Das von mir «selbst» unterschriebene Sectionsprotokoll kann hierbei wenig helfen. Mein Hinweis auf die Hypoglossusparese hatte nur den Zweck anzudeuten, dass auch in Fall 21 die Erscheinungen nach der Operation keine zufällige von der Narkose abhängige waren, sondern auch Gehirnerscheinungen als Folge der Unterbindung. Die Patientin № 21 war Anfang April d. J. am Leben, ist es auch wohl noch, und «Dr. W., welcher sie persönlich kennen muss, kann sich von der Richtigkeit meiner Angabe überzeugen. Was ich zufälliger Weise bemerkt habe, hat Prof. Bornhaupt ebenso zufällig nicht bemerkt. Wie aus dem Gesagten ersichtlich beschuldige ich Dr. W. nicht des Verschweigens von Fällen, wie er behauptet.

Ad Punct IV kann ich darüber nur mein Bedauern aussprechen, dass Dr. W. nicht die ihm zu Gebote stehenden Documente des Falles 5 hat drucken lassen, *wie sie von den betreffenden Personen notirt sind*. Dieses Bedauern gilt überhaupt für alle Krankengeschichten, die als Material zu den Artikeln Dr. W's. dienten. Der Druck der Krankengeschichten wird dem für diese Sachen sich interessirenden Leser wesentlicher sein, als eine «objectiv gehaltene nochmalige Untersuchung des einschlägigen Materials» im vielver-

[1]) Der Kürze wegen vermeide ich die Citate und bitte den Leser Alles in diesem Artikel geschriebene mit dem Artikel Dr. W's. in der St. Petersb. Med. Wchschr. № 17 1884 zu vergleichen.

sprochenen Bericht über die 5-jährige Thätigkeit der Klinik. Es nimmt mich Wunder, dass Dr. W. nicht auf diesen so nahe liegenden Gedanken gekommen ist.

In Betreff dieses «glänzend» genannten Falles 5 würden die gedruckten authentischen Documente wohl gezeigt haben, dass meine Anwesenheit bei der Operation durchaus unwesentlich gewesen wäre; man würde auch sehen können, dass die Beschreibung des Falles von Prof. Bornhaupt der ersten kürzeren Zeit (höchstens 8 Monate) des ganzen Krankheitsverlaufes entspricht, und dass meine Angaben dem grösseren späteren Zeitraum (13—14 Monaten, bis zum Tode der Kranken) gelten; es würden genannte Documente auch zeigen können, wie weit ich zu allgemein in meinen Angaben, also nicht genügend wahr gewesen bin.

Weiter habe ich Dr. W's. Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass ich in meinen «Bemerkungen» mehr Dr. W's. Ignoriren des Pilz-schen Satzes: «ganz zu verwerfen ist die Ligatur der Carotis com., um einem Neoplasma die Blutzufuhr zu entziehen», als das allerdings recht rasche Umschlagen seiner der Pilz'schen conformen Anschauung in eine entgegengesetzte, zu rügen bemüht war. Genannter Schluss Pilz's, welcher auf einer bedeutend grösseren Zahl als 15 Fällen begründet ist, kann in einer einschlägigen Arbeit, welche wissenschaftlichen Werth haben soll, nicht ignorirt werden.

Zu guter Letzt werde ich von Dr. W. einer uncollegialen Handlungsweise angeschuldigt. Wenn ich die mir geltenden Schlusssätze des Punct IV mit den Motiven welche mich bewogen haben gegen Dr. W. aufzutreten aneinander stelle, so muss ich nothwendiger Weise zur Ueberzeugung kommen, dass Dr. W. das Princip manus manum lavat als für collegiale Beziehungen maassgebend hält. Dieses Princip kann ich nicht gelten lassen und bin ich überzeugt, dass mich der Vorwurf derjenigen Collegen, welche diesem Princip nicht huldigen, für die Enthüllungen (nicht «Insinuationen») eines bewussten Vergehens (als solches muss ich es leider ansehen) eines Collegen, wenn dieses Vergehen ernstere Folgen nach sich ziehen kann, nicht treffen wird.

Mit Hochachtung

18. Mai 1884. Dr. O. Hagentorn.

Vermischtes.

— Am 18. April verstarb in Perm der Oberarzt des dortigen Gefängniss-Hospitals M. Bashanow im Alter von 49 Jahren. Nach Beendigung seiner Studien in Moskau im Jahre 1860 begann B. den Dienst in der Stadt Romanow-Borissoglebsk, von wo er jedoch bereits im nächsten Jahre nach Perm übersiedelte. Dort bekleidete er successiv den Posten eines Ordinators, des Oberarztes am Alexanderhospital, darauf den des Oberarztes der Permschen Fabriken. Während des letzten türkischen Feldzuges war er auf dem Kriegsschauplatze und kehrte nach Beendigung desselben nach Perm zurück, wo er bis zu seinem Lebensende als Oberarzt des Gefängnisshospitals fungirte. Der Verstorbene genoss den Ruf eines tüchtigen Arztes und ausgezeichneten Menschen. (Russ. Med.)

— In Ischim ist am 21. April der dortige Bezirksarzt A. Snamenski an der galopirenden Schwindsucht gestorben. Sn. hatte erst im vorigen Jahre seinen medicinischen Cursus in Kasan absolvirt. Er hinterlässt seine kranke Frau nicht allein ganz mittellos, sondern noch mit einer Schuldenlast, da ihm sein Gehalt für die ersten 4 Monate dieses Jahres nicht ausgezahlt worden war. Die Kosten der Beerdigung mussten auf dem Wege der Subscription gedeckt werden. (Wratsch.)

— Für den neuerrichteten Lehrstuhl der Botanik an der militär-medicinischen Academie ist Prof. Batalin und für den Lehrstuhl der Physik Prof. Jegorow (bisher an der Warschauer Universität) gewählt worden. (Wr.)

— Der Professor der Chirurgie an der Universität Charkow Dr. Sarubin ist nach Ausdienung seiner Dienstjahre für das nächste Quinquennium wiedergewählt worden.

— Der Privatdocent an der hiesigen militär-medicinischen Academie Dr. W. Anrep hat einen Ruf an die Charkowsche Universität als Docent der gerichtlichen Medicin erhalten.

— Der berühmte Chemiker Karl Adolf Würtz, Professor der medicinischen Chemie und Mitglied der Academie der Medicin in Paris, ist am 10. Mai im 66. Lebensjahre gestorben. Der Verstorbene stammte aus Strassburg, wo er das protestantische Gymnasium und darauf die medicinische Facultät besuchte. Im J. 1865 erhielt er den Preis von 20,000 Frcs, den Napoleon III. ausgesetzt hatte und wurde 2 Jahre später an Pelouzes Stelle in die Academie des sciences gewählt. Würtz hat eine Reihe von Lehrbüchern und Abhandlungen über Chemie geschrieben, von denen mehrere auch ins Deutsche übersetzt sind.

— Im deutschen Reichstage gelangte am 8. Mai der unseren Lesern bereits bekannte Antrag der Reichsregierung, betreffend die *Dotation von 135,000 Mark für die deutsche Cholera-Commission* zur Schlussberathung. Bei dieser Gelegenheit äusserte sich Prof. Virchow, dass es eine sehr ungewöhnliche Sache sei, dass in der Weise, wie es hier geschehen, ein Verdienst, welches durch Männer des Friedens auf einem wissenschaftlichen Gebiete erworben, in einer so schnellen und hervorragenden Weise anerkannt wird, und er begrüsse daher mit grossem Vergnügen diese erste Gelegenheit, indem er hoffe, dass die deutsche Wissenschaft und auch die deutsche Praxis nicht ermüden werden, der Reichsregierung Gelegenheit zu bieten, mit ähnlicher Anerkennung auch künftig sich günstig und freundlich zu erweisen. Er müsse anerkennen, dass, während das *Reichsgesundheitsamt* vermöge der eigenthümlichen Verhältnisse, die gegenwärtig die Gesetzgebung auch auf diesem Gebiete noch umgeben, fast ohne jede praktische Einwirkung auf das Sanitätswesen sei, die besondere Entfaltung, welche die Reichsregierung dem Institut gegeben, indem sie daraus gewissermaassen ein bakteriologisches Institut gemacht, sich als eine ungemein fruchtbare erwiesen und ausserordentliche Fortschritte auf einem so schwierigen Gebiet herbeigeführt habe. Der Reichstag habe bei dieser Gelegenheit dem freudigen Gefühle Ausdruck zu geben, dass es deutscher Wissenschaft, deutschem Fleiss und deutscher Opferfähigkeit vorbehalten gewesen, auf einem Gebiete, welches die ganze Welt berührt, einen so grossen Schritt vorwärts zu thun und einen so schönen Sieg auf friedlichem Gebiete zu erfechten. Redner hob hervor, dass die fremdländischen Expeditionen nichts für die Einrichtung der ihnen aufgetragenen Aufgabe hätten leisten können, während die deutsche Expedition unter den erschwerendsten Umständen, getrieben durch den eigenen Forschungseifer, ein glänzendes Resultat erreicht habe. Er danke daher der Reichsregierung dafür, dass sie Koch entsendet habe und dass sie, nachdem es ihm gelungen sei, seine Aufgabe zu lösen, ihm auch den Dank des Vaterlandes darbringe. Bei dieser Gelegenheit wo eine so ungewöhnliche Belohnung von der Reichsregierung verlangt werde, wünsche er, dass die einzelnen Regierungen sich bewusst werden mögen, was sie denjenigen Aerzten schuldeten, die im Dienste gegen die im eigenen Vaterlande anhaltend vorhandenen Seuchen lebten. Nach dieser Richtung sei noch fast gar nichts geschehen, und wenn sein Wort bei dieser Gelegenheit eine Wirkung ausüben sollte, so möchte es die sein, dass die Thränen mancher Wittwe gestillt, die Entwickelung manchen Kindes gefördert werde, indem man sich erinnere, unter welchen Umständen der Vater sein Leben im Dienste der Menschheit eingebüsst habe. — Nachdem sodann der Abgeordnete v. Unruhe noch vom Standpuncte des Laien hinzugefügt, dass nicht allein die deutsche Wissenschaft Koch Anerkennung und Dank zolle, sondern sich das ganze Deutsche Reich zu diesem Danke verpflichtet fühle, wurde der Gesetzentwurf ohne weitere Debatte genehmigt. — Von der Dotation erhält Dr. Koch 100,000 M., die beiden Assisten Gaffky und Fischer je 15,000 und der Chemiker Treskow, welcher nur in Egypten an den Arbeiten Theil genommen hatte, 5000 Mark.

Auch der französischen Cholera-Commission ist eine Anerkennung in klingender Münze zu Theil geworden, indem die französische Academie des sciences ihr den *Preis Bréant* im Betrage von 10,000 Frcs zuerkannt hat, welche zu gleichen Theilen unter die Mitglieder der Commission: Strauss, Roux, Nocard und Thuilliers Erben getheilt wurden. Es ist denselben dieser Preis, wie es in der Motivirung heisst, «für den von ihnen bewiesenen Eifer für die Wissenschaft und die Wichtigkeit der von ihnen erreichten Resultate» verliehen worden. Worin diese wichtigen Resultate der französischen Commission bestehen, ist bis jetzt unbekannt geblieben!

— Dr. A. Lehwess, dessen Nekrolog wir in der vorigen № brachten, hat sich testamentarisch die Feuerbestattung ausbedungen, welche auch bereits in Gotha vollzogen ist.

— Die *Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte* findet in Baden-Baden am 14. und 15. Juni statt. Anmeldungen von Vorträgen sind an den Geschäftsführer Prof. Erb in Heidelberg und Dr. Franz Fischer, Arzt an der Irrenanstalt zu Pforzheim zu richten.

— Am 3. August findet in Breslau der *Congress deutscher Anthropologen* statt.

— Die Typhusepidemie, welche in Zürich herrschte, ist neueren Berichten nach nicht so stark aufgetreten, als anfangs ausgesprengt wurde. Innerhalb 4 Wochen sind etwa 800 Erkrankungen, vorzugsweise bei Kindern vorgekommen bei einer Einwohnerzahl von ca. 80,000 (incl. der Vorstädte). Von den Erkrankten sind nur 6% gestorben.

— Der Director des öffentlichen Beistandes richtete, wie wir der deutschen med. Wochenschr. entnehmen, vor Kurzem an die Directoren, Aerzte, Wundärzte und Apotheker der *Pariser Hospitäler* Rundschreiben, worin er sie auf die ungeheure Zunahme des Verbrauches von Speisen, Getränken und Arzneien in den Spitälern aufmerksam machte. Dem Schreiben war eine statistische Tafel angehängt, aus welcher der «Temps» Auszüge giebt. So wurde z. B. im Jahre 1855 in den Pariser Spitälern 1,256 Liter Alkohol, i. J. 1870 schon 41,256 und 1882 sogar 77,755 Liter verbraucht. In Bordeauxwein ist die Steigerung von 13,000 auf 103,000 Liter, in Wein von Banyuls von 17,000 auf 128,000 Liter. Dieselbe Zunahme weisen auch der Verbrauch von Zucker, Kaffee, Milch und anderen Lebensmitteln auf. «Angesichts dieser Zahlen», bemerkt der «Temps» dazu, «kann unmöglich in Abrede gestellt werden, dass seit geraumer Zeit in dieser Hinsicht schreiende Missbräuche und Veruntreuungen vorkommen».

— *Crayons-feu* nach Dr. Moser zu rascher Cauterisation von Wunden (Journ. de médéc. de Bruxelles, Vol. 77, 1883). Rp. Carbonis ligni pulver. 30,0, Kali nitrici 4,0, Ferri pulverati 5,0, Resin. benzoës 1,0, pulv. gummos. q. s. ad 40 bacillos. Die Stäb-

chen sind in einem Kästchen enthalten, das zugleich auch Streichhölzchen zum Anzünden der Crayons birgt.

(New-York Medic. Rec. Febr. 2, 1884.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 20. Mai 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2679	1731	4410
Kinderhospitäler	141	140	281
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	176	87	263
Scharlach	21	22	43
Pocken	4	7	11
Venerische Krankheiten	399	376	775

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 13. bis 19. Mai 1884 besucht von 2729 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1146.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 20. bis 26. Mai 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
365	255	620	116	61	117	18	7	31	71	49	50	45	33	11	5	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 9, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 7, Masern 44, Scharlach 4, Diphtherie 12, Croup 1, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 5.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 37, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung der Athmungsorgane 92, Lungenschwindsucht 96, andere Krankheiten der Brusthöhle 15, Gastro-intestinal-Krankheiten 65, andere Krankheiten der Bauchhöhle 17, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 47, Marasmus senilis 22, Cachexia 29.

— Tod durch Zufall 20, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 22.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	4—10 Mai	181 732	96	11	27,4	11,4	35,4
Kopenhagen	7—13 Mai	267 000	113	7	22,0	6,2	43,2
Berlin	11—17 Mai	1 225 065	616	76	26,1	12,3	33,5
Wien	11—17 Mai	759 849	462	21	31,6	4,5	37,0
Brüssel	4—10 Mai	171 293	102	16	31,0	15,7	31,1
Paris	9—15 Mai	2 239 928	1209	160	28,1	13,2	31,9
London	6—11 Mai	4 019 361	1536	307	19,9	20,0	33,0
St. Petersburg	**18—24 Mai**	**928 016**	**666**	**114**	**37,3**	**17,1**	**31,1**

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17,
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.
Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.
Fr. Strauch, Gr. Podjatscheskaja № 25, Quart. 11.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (10)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w. Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause. — Musik im Park. — Lesekabinet. — Damen-Salon. — Spielsäle. — Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

10 (5)

Heilanstalt
für
NERVENKRANKE
von **Dr. HOLST**,
in **Riga**, Weidendamm № 25.

P. 117 (1)

BAD WILDUNGEN.

Gegen **Stein, Gries, Nieren-** und **Blasenleiden, Bleichsucht, Blutarmuth, Hysterie** etc. sind seit Jahrhunderten als specifische Mittel bekannt: **Georg-Victor-Quelle** und **Helenen-Quelle.** Wasser derselben wird in stets frischer Füllung versendet. — Anfragen über das **Bad**, Bestellungen von **Wohnungen** im **Badelogirhause** und **Europäischen Hofe** etc. erledigt:

Die Inspection der Wildunger Mineralq.-Actien-gesellschaft. M. 82 (3)

Werke zu ermässigten Preisen.

Eulenburg, A. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. 2 Bde. 1878. (16 Rbl. 20 Kop.) Geb. 10 Rbl. — Kop.

Flügge, C. Lehrbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. 1881. (9 Rbl. 60 Kop.) Geb. 6 Rbl. 20 Kop.

Handbuch der Physiologie, hrsg. von L. Hermann. 6 Bde. in 12 Theilen. 1879—1882. (78 Rbl. 30 Kop.) Geb. 50 Rbl.

Handbuch der Kinderkrankheiten, hrsg. von C. Gerhardt. 6 Bände in 12 Abtheilungen. 1877 bis 1882. (84 Rbl.) geb. 60 Rbl.

Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Red. von Pitha und Billroth. I.—IV. Bd. in vielen Abtheilungen, Atlas dazu 1.—4. Lief. 1865—1881. (168 Rbl.) 60 Rbl. Vollständig soviel bis 1881 erschienen.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Red. von R. Virchow. 6 Bde. in 9 Theilen. 1854—1860. (66 Rbl.) Geb. 24 Rbl.

Nowak, J. Lehrbuch der Hygiene. 1881. (9 Rbl. 60 Kop.) Geb. 6 Rbl.

Rossbach, M. J. Lehrbuch der physikal. Heilmethoden 1882. (7 Rbl. 80 Kop.) Geb. 5 Rbl.

Wernicke, C. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 3 Bde. 1881/1883. (18 Rbl. 60 Kop.) 13 Rbl.

Knorr, E. Das russische Heeres-Sanitätswesen während des Feldzuges 1877/78. 1883. (4 Rbl. 80 Kop.) 3 Rbl.

Die obigen Werke sind zu den beigesetzten sehr ermässigten Preisen vorräthig in der unterzeichneten Buchhandlung. — Die in ( ) angegebenen Zahlen bezeichnen die ursprünglichen Ladenpreise. 127 (1)

N. Kymmel's Buchhandlung in Riga.

MATTONI'S P. 110 (12)

EISEN -MOORSALZ / -MOORLAUGE aus dem Loosmoor bei **FRANZENSBAD.**

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, St. Petersburg, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig**, Moskau, Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

Hannover-Altenburg Eisenbahn.
Sais. 15 Mai b. 30 Sept.

BAD PYRMONT

Pferdebahn zum Salzbade und Bahnhof 5 Min.

Altbekannte Stahl- und Soolquellen. P. 102 (2)

Stahl-, Salz-, Moor- und russische Dampfbäder.

Bestellungen von **Stahl-** und **Salzwasser** sind an das fürstl. Brunnen-Comptoir zu richten; sonstige Anfragen erledigt

Fürstl. Brunnen-Direction.

Steiermärkische Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn

Unter-Steiermark, Südbahnstation Pöltschach.

Berühmter Glaubersalz-Säuerling, Stahlbäder, Kaltwassercur, Molkencur. Haupt-Indication: Erkrankungen der Verdauungsorgane. Comfortabler Aufenthalt. Saison Mai bis October. Prospecte und Wohnungsbestellungen bei der Direction. 52 (2)

---

30 **Kurort Ober-Salzbrunn** 17

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; bewährt in Krankheiten der **Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des „Ober-Brunnens" (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens" zu jeder Zeit.

Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja № 3—6, Magazin 7.

Carbol, Salicyl-, Thymol- und Jod-Watten und -Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung. 71 (2)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 31 Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 23. **St. Petersburg, 9. (21.) Juni** **1884.**

Die Antiseptik im chirurgischen Armamentarium.

Von

Dr. Th. v. Heydenreich,
Assistenzarzt.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Moskau.

Es hiesse wohl Eulen nach Athen tragen, wenn ich hier noch über die Vorzüge der antiseptischen Wundbehandlung sprechen wollte. Die damit erzielten Resultate sprechen genügend für sich selbst. Auch die Theorie der Antiseptica glaube ich als hinreichend bekannt voraussetzen zu dürfen; dieselbe ist ja viel besprochen worden, ja ganze Handbücher — ich weise nur auf das treffliche Buch von W. Watson Cheyne hin — darüber geschrieben.

In Nachstehendem will ich nur derjenigen Hilfsmittel Erwähnung thun, die uns in neuerer Zeit die Technik im Gebiete der Instrumente und Verbandgeräthe, zur genaueren Durchführung der grossen Idee Lister's, an die Hand gegeben hat.

Wenn sich auch noch so manche Lanze brechen liesse über die speciellen Vorzüge der einzelnen Verbandmethoden und -Mittel, deren Reihe sich täglich mehrt, so steht gewiss doch das Eine fest, dass der Ariadnefaden in diesem Labyrinth einzig und allein die Grundidee Lister's ist — *die Abhaltung von, der Wunde schädlichen Elementen von Aussen und die Zerstörung der bereits eingedrungenen.* Diese Hauptbedingungen des Gelingens der antiseptischen Wundbehandlung lassen sich kurz in folgende Worte zusammenfassen: *pedantische Beobachtung absoluter Reinlichkeit.* Selbstverständlich soll Letztere nicht nur an der Wunde selbst, sondern auch an Allem dem, was mit derselben in Berührung kommt, strengstens beobachtet werden, und hier stehen in erster Linie — die *Instrumente und Geräthe.*

Ich beginne mit dem Hauptgeräthe des Operationssaales — dem *Operationstisch.* Die erste Anforderung, die wir an denselben stellen, damit er den Principien der Antiseptik vollkommen entspricht, ist, dass das zum Bau des Tisches verwandte Material die Beobachtung absoluter Reinlichkeit zulässt.

Hier eignet sich als Constructionsmaterial am besten Metall, ganz besonders verzinntes Eisen (um Letzteres vor Rost zu schützen). Als Material zur Tischplatte wäre ein solches geeignet, das sich nach jeder Operation auf das Gründlichste reinigen oder ohne bedeutende Unkosten erneuern liesse. Es wurde in letzter Zeit ein neuer antiseptischer Operationstisch von Dr. Julliard[1]) in Genf vorgeschlagen. Wenn derselbe nach seiner Construction auch praktisch und bequem genannt werden kann, so entspricht er dennoch den Anforderungen der *absoluten* Antiseptik nicht. Das Material ist Holz; letzteres wird nach öfterem Waschen leicht rissig, bekommt Fugen, und diese werden dann zum Aufenthaltsort für Legionen von Kokken und anderen Sepsisträgern. Auch ist an erwähntem Tisch das Lager der zu operirenden Patienten ein nichts weniger denn weiches zu nennen: — es wird nämlich durch eine Metallmatratze aus durchlöchertem Zinkblech repräsentirt!

In einigen Kliniken werden Gummimatratzen auf dem Operationstisch benutzt. Wenn Letztere nach jeder Operation auch leicht gewaschen und desinficirt werden können, so ist dennoch ihre antiseptische Fähigkeit nur von kurzer Dauer. Abgesehen davon, dass das Material — Gummi — von manchen bei Operationen gebräuchlichen Stoffen (Chloroform, Oel etc.) leicht angegriffen wird, bekommt dasselbe auch nach kurzem Gebrauch Brüche, die ihrerseits dann zu neuen Fundgruben für Infectionsstoffe werden. Als fernere Unbequemlichkeit der Gummiunterlage können wir noch den Umstand hinzufügen, dass Gummi als schlechter Wärmeleiter stets kalt ist, und schliesslich auch hoch im Preise steht. — Das beste und allen Anforderungen entsprechendste Material hierzu wäre starke Leinewand (sog. Segeltuch). Dasselbe besitzt genügende Festigkeit und Spannkraft (welche dem Gummizeuge abgeht), ist leicht waschbar und kann nach jeder Operation abgenommen und durch einen neuen, reinen Ueberzug ersetzt werden. — Ein den Anforderungen der Antiseptik entsprechender Operationstisch wäre nach Obengesagtem folgender: ein aus verzinntem Eisen construirtes Gestell, über welches durch besondere

[1]) Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik, 1883, Heft 12.

Vorrichtungen ein leicht abnehmbarer Ueberzug aus dicker Leinewand gespannt ist.'

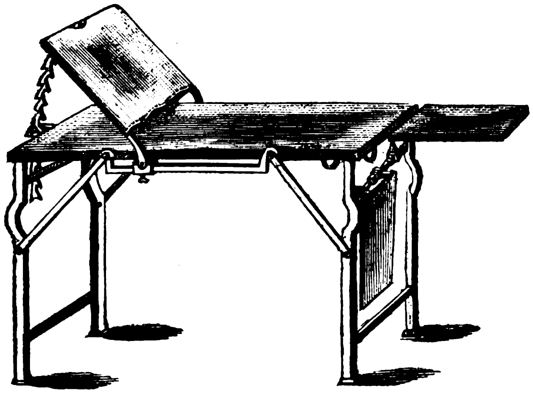


Fig. 1. Operationstisch aus Metall mit Leinwandüberzug. (Modell S c h w a b e.)

Das Gestell kann für den gewöhnlichen Gebrauch und zum bequemeren Transportiren leicht gearbeitet, dagegen zum Gebrauch in der Klinik der grösseren Stabilität wegen stärker und fester ausgeführt sein. Sehr leicht lassen sich an solchem Tisch verschiedene Vorrichtungen, wie z. B. ein Irrigatorträger und ein Halter für hohe Gypsverbände mit Extension anbringen.

Der hier abgebildete eben beschriebene Tisch war auf der letzten hygienischen Ausstellung in Berlin von der hiesigen Firma F. S c h w a b e exponirt. In neuerer Zeit ist derselbe bedeutend vereinfacht worden und hat somit auch ein anderes Aussehen erhalten.

Mit dem Operationstisch müssen auch die übrigen Requisiten des Operationssaales in Bezug auf Antiseptik harmoniren. So muss auch der *Tisch für Instrumente*, die während der Operation gebraucht werden, nach denselben Principien construirt sein. Am geeignetsten wäre ein Tisch, dessen Gestell aus verzinntem Eisen und die Platte aus dickem Spiegelglase verfertigt ist.

Alle übrigen Geräthe sind der leichteren Beobachtuug der Reinlichkeit wegen *aus Glas* oder *Porzellan* verfertigt, und zwar: *Schalen zum Desinficiren der Instrumente*, *Eiterbecken*, *Irrigateure*, *Verbandbehälter* u. s. w. Desgleichen haben die aus Glas fabricirten anderen Geräthe wie: *Schienen*, *weibliche Katheter*, *Vaginalansätze*, *Klystier-* und *Irrigateurspitzen* vor denen aus anderem Material gefertigten den Vorzug.

Was die Instrumente anbetrifft, so muss vor Allem darauf geachtet werden, dass dieselben in allen ihren Theilen leicht zu reinigen sind. Um dieselben vor Rost zu schützen, *müssen alle Instrumente vernickelt sein.*

Um die Reinigung leichter und gründlicher zu bewerkstelligen, müssen bei der Anfertigung derselben folgende zwei Bedingungen besonders in's Auge gefasst werden: 1) sie müssen überall eine *glatte* (nicht feilenartig geriefte) *Oberfläche* haben und 2) *müssen sie leicht auseinandernehmbar sein*. Das Schloss derselben muss so construirt sein, dass das Auseinandernehmen der einzelnen Theile dem Instrumente nicht schadet, zugleich aber auch möglichst einfach sein, um durch complicirte Constructionen das Instrument nicht zu vertheuern. — Von den einfachen hiezu geeigneten und am meisten gebräuchlichen Schlössern nenne ich folgende:

a) Schloss von L e i t e r (Wien),
b) Schloss von C h a r r i è r e (Paris) und
c) Schloss von S c h w a b e (Moskau).

Das Schloss von L e i t e r (Schlussschieber Fig. 2) ist für pincettenartige Instrumente geeignet, und finden wir dasselbe bei den Torsionspincetten von F r i c k e, L a n g e n b e c k etc. angewandt. Für diese Instrumente ist auch das Schloss von S c h w a b e (Brauchenschloss Fig. 3) am Platze wobei das zerlegbare Schloss zugleich das Auseinanderfedern der Brauchen bedingt. Auch sind obige Schlösser bei dem Nadelhalter von S k l i f a s s o w s k i sehr gut angebracht.

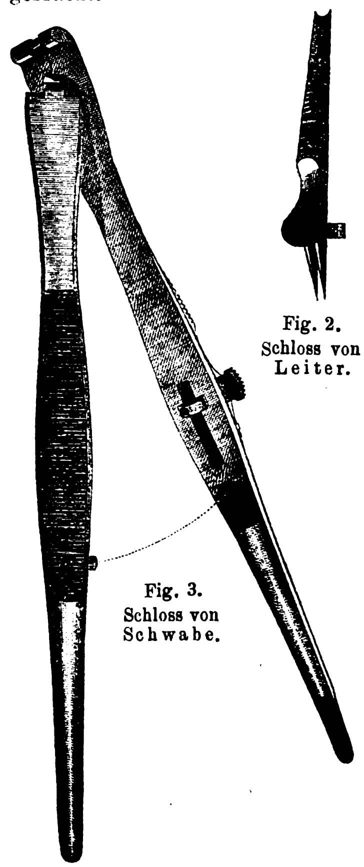


Fig. 3. Schloss von S c h w a b e.

Fig. 2. Schloss von L e i t e r.

Das Schloss von C h a r r i è r e finden wir meistens bei zangen- oder scheerenförmigen Instrumenten, als: Scheeren, Kornzangen, Pince hémostatique von P é a n, B i l l r o t h (Fig. 4), S a w a s t i t z k i u. dergl. mehr.

Für stärkere Instrumente, die einer sehr grossen Kraftwirkung ausgesetzt sind, z. B. grosse Knochen- und Gypsscheeren etc., eignet sich das Schloss von C h a r r i è r e nicht, weil dasselbe nach öfterem Auseinandernehmen leicht wackelig wird und die Schneiden in Folge dessen nicht mehr richtig aufeinander passen.

Am besten wäre hierzu eine Schraube geeignet, *die leicht* abnehmbar wäre, zugleich aber die Uebelstände des C h a r r i è r e'schen Schlosses nicht besässe. Augenblicklich sind wir bestrebt, durch eine bequeme und praktische Vorrichtung diesem abzuhelfen, und hoffe ich in kurzer Zeit über das neue Modell berichten zu können. Als einen diesbezüglichen Vorzug starker Zangen und Scheeren können wir bei den Modellen S c h w a b e notiren, dass die Druckfedern, welche zum Auseinanderspreizen der Brauchen dienen, schon seit langer Zeit leicht abnehmbar sind.

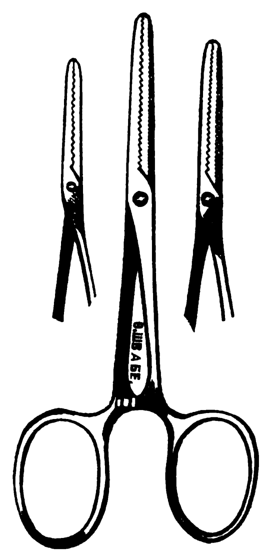


Fig. 4. Pince hémostatique von P é a n.

Die *schneidenden Instrumente*, wie Messer, Scalpelle etc., die früher in Holz-, Elfenbein- und Hartkautschukgriffe eingelassen waren, haben oft, besonders bei starkem Druck, den Operateur im Stich gelassen — sie brachen. Ausserdem war der Schlitz, der an der Vereinigungsstelle der Schneide mit dem Schaft bei noch so genauer Anpassung entstand, stets eine Verunreinigungsstelle; die hineingelangenden und schwer oder garnicht zu entfernenden Wundsecrete stagnirten und ergaben einen günstigen Nährboden für die verschiedenartigsten Spaltpilze. Als eben solche Infectionsherde können wir auch die in den Schaften nach einigem Gebrauch sich bildenden Risse betrachten. — Zur

Vermeidung aller dieser Uebelstände benützen wir in der Klinik des Prof. S k l i f o s s o w s k i diese Instrumente mit metallenen, vernickelten Griffen, die genau den üblichen Holzgriffen in ihrer Form nachgebildet sind. Damit aber das glatte Metall bequem fasslich und handlich sei, zugleich aber *absolut rein* gehalten werden könne, sind zu beiden Seiten des Griffes *breite* Riefen angebracht. Auch ist bei den Scalpells das stumpfe Ende abgerundet und dient, wie bei den früheren, zur unblutigen Separation der Gewebe. (Fig. 5).

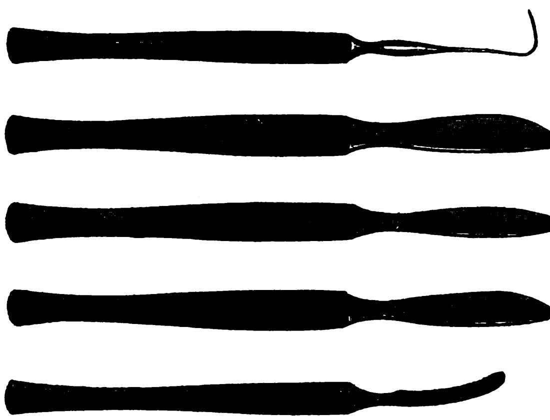


Fig. 5. Scalpelle mit metallenen Griffen.

Desgleichen sind auch unsere *Unterbindungsnadeln*, *Arterienhaken*, *Nadeln für Höhlennähte* nach Prof. S k l i f o s s o w s k i (Fig. 6) etc. streng nach denselben antiseptischen Principien gearbeitet.

Bei Bestellungen von grossen *Amputations-* und *Resectionsmessern* halten wir auch stets dieselben Grundprincipien vor Augen und sind diese unsere Messer ebenfalls *ganz aus Metall*, d. h. auch mit metallischen Griffen versehen. Damit aber Letztere das Gewicht des Messers nicht vergrössern, sind sie hohl gearbeitet. Zur leichteren und festeren Haltung ist der Schaft mit einer Hohlkehle versehen, die der besseren Reinigung halber als eine sogenannte «stumpfe» gearbeitet ist. Die Verbindung zwischen Klinge und Griff ist eine so innige, dass ein Hineinfliessen von Wundsecreten *absolut unmöglich* ist.

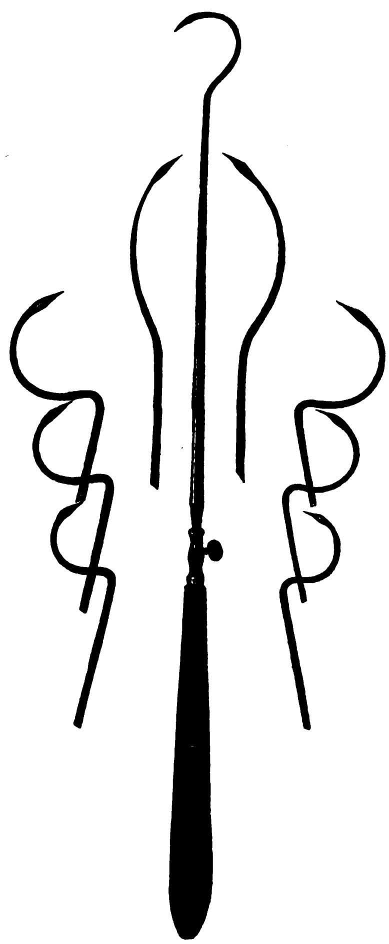
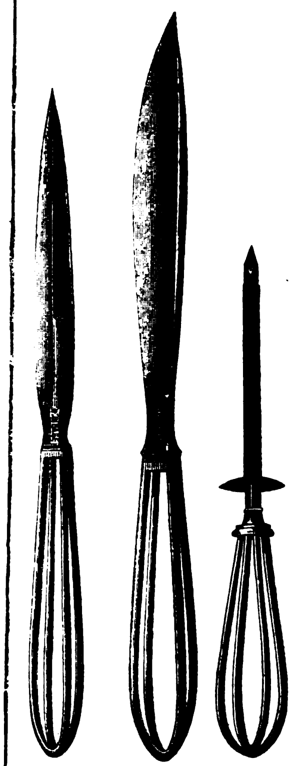


Fig. 6. Nadeln von S k l i f o s s o w s k i.

Desgleichen benutzen wir auch *Griffe aus starkem Draht* (Fig. 7), die auch den Vortheil haben, besser gereinigt werden zu können. — *Ganz glatte Griffe* (ohne Riefen, Hohlkehlen und dergl.) lassen wir bei denjenigen Instrumenten anbringen, deren Hantiren mehr durch die Hohlhand und den Daumen bewerkstelligt wird, und die schon an und für sich eine geriefte Fläche haben; dazu gehören) Elevatorien, Raspatorien (Fig. 8), scharfe Löffel (Fig. 9: aller Art u. dergl. m.





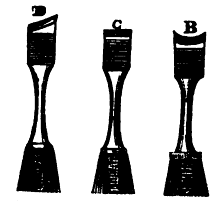


Fig. 8. Raspatorien mit Griffen aus Metall.

Instrumente, die gewöhnlich *ganz aus Metall* verfertigt werden, sind: *Meissel aller Art*, *stumpfe und scharfe Haken* (Fig. 10), *Schwamm-* und *Nadelhalter* etc. Alle Instrumente sind stark vernickelt.

Obige Aenderungen an den Instrumenten bieten folgende wichtige Vortheile: 1) absolute Reinlichkeit, und 2) grössere Dauerhaftigkeit, ganz abgesehen von dem eleganteren Aussehen derselben.

Fig. 7. Messer und Trokart mit Griffen aus Draht. Fig. 9. Scharf. Löffel m. Griff aus Metall.

Die *Reinigung der so gefertigten Instrumente* geschieht auf sehr leichte Weise, am besten durch Abwaschen mit einer antiseptischen Lösung und Abtrocknen mit trockenen Tüchern und weichem Leder. (Ich brauche wohl kaum hinzuzufügen, dass zu der antiseptischen Lösung ja nicht die jetzt überall so stark gebräuchliche Sublimatlösung genommen werden darf; bekanntlich stumpft dieselbe die schneidenden Instrumente durch ihre ätzende und amalgamirende Wirkung auf Metall sehr ab).

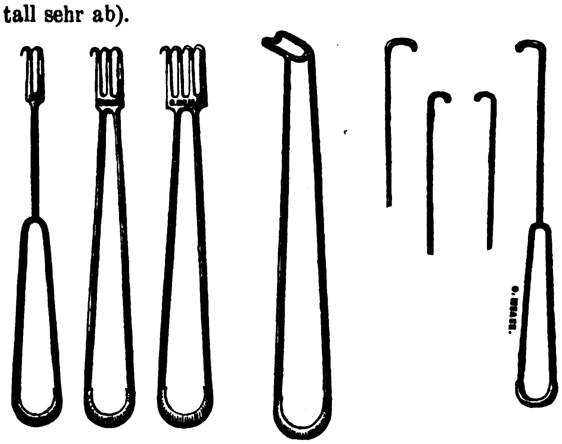


Fig. 10. Stumpfe und scharfe Haken (ganz aus Metall).

Das Abkratzen, Abschleifen mit Schmirgelpapier ist an den gezähnten Mäulern der verschiedenen Pincetten, Zangen

und Haltern am Platze, dagegen ganz überflüssig an den vernickelten *glatten* Aussenflächen; letzteren würde es grade zum Schaden gereichen, denn es würden sich statt derselben *rauhe* Flächen bilden.

Das sonst übliche Reinigen durch Glühen ist zu verwerfen, da durch dasselbe die Instrumente ihrer Härte beraubt werden.

Mit dem Gebrauch dieser, im Hinblick auf die Principien der Antiseptik verfertigten Instrumente glauben wir gegen ein Eindringen oder Uebertragen der Sepsis durch Instrumente in die Wunde vollkommen gesichert zu sein. Mit ihrer Hilfe wird das Einhalten und Durchführen der absoluten, strengen Antiseptik bei der Operation wie beim Verbandwechsel bedeutend erleichtert, und sind wir in den Stand gesetzt, gute Resultate selbst bei grossen operativen Eingriffen zu erzielen. Der um ein Geringes erhöhte Preis der auf diese Weise angefertigten Instrumente gleicht sich mit Bezug auf die Dauerhaftigkeit der letzteren im Vergleich mit den früheren Modellen vollkommen aus.

Bei Bestellungen von neuen Instrumenten und Geräthen [2]) lassen wir uns stets von den Principien der Antiseptik leiten. Alle Instrumente werden, wie oben gesagt, ganz aus Metall gefertigt, und werden wir in kurzer Zeit in der Lage sein, unser klinisches Armamentarium als ein streng nach Lister's Principien eingerichtetes ansehen zu dürfen.

Moskau, im März 1884.

Ein Fall von Laparohysterotomie wegen multipler Fibromyome des Uterus.

Von

Dr. Xaver Dombrowski.

Während die Concurrenz zwischen der extraperitonäalen und intraperitonäalen Behandlung auch bei den Uterusoperationen allmälig zu Gunsten der letzteren Methode auszufallen scheint, vermissen wir noch eine Einigkeit in der Versorgung des zur Versenkung bestimmten Stieles. Zur Zeit steht uns immer noch die Wahl offen zwischen der Versenkung der elastischen Ligatur nach Olshausen, der Keilexcision und Naht nach Schröder und der doppelten Versorgung des Stieles nach Fritsch, nämlich der Application der Naht nach Schröder und gleichzeitiger Versenkung einer Gummiligatur. Auf die angeführten Methoden näher einzugehen, ist hier nicht der Ort und glaube ich, dass eine Entscheidung in dieser Frage nur erwartet werden kann, wenn die Resultate der einzelnen Methoden mehr bekannt gemacht werden. Daher erlaube ich mir einen Fall, bei dem ich am 30. November 1883 wegen multipler Fibromyome des Uterus die Amputatio uteri supravaginalis nach der Schröder'schen Methode ausgeführt und vier Wochen nach der Operation im Verein St. Petersburger Aerzte vorgestellt habe, auch einem weiteren ärztlichen Kreise zur Kenntniss zu bringen.

Die 36 Jahre alte Patientin Sophie Grendahl gab bei ihrem Eintritt in's Peter-Paulhospital an, seit 3 Jahren an einer Geschwulst der Bauchhöhle zu leiden, die stetig gewachsen sei und ihr namentlich im letzten Jahre bedeutende Beschwerden verursacht habe. Pat. empfand beim Gehen oder Stehen Schmerzen durch Druck der Geschwulst auf die Beckenorgane; die Harnentleerung war behindert, begleitet von häufigem Harndrang, die Stuhlentleerung träge. Zudem gesellten sich noch Kreuzschmerzen und ausstrahlende Schmerzen in die unteren Extremitäten, so dass die Kranke im letzten Jahre jede Beschäftigung aufgeben musste. Blutungen waren unregelmässig gewesen, doch nicht sehr profus.

Bei der äusseren Untersuchung liess sich in der linken Regio hypogastrica ein kindskopfgrosser Tumor palpiren, der ca. 2 Fingerbreit über den Nabel reichte, sehr beweglich war und mit Leichtigkeit über die Mittellinie in die rechte Bauchseite gebracht werden konnte. In der rechten Regio hypogast. liess sich ebenfalls ein kleinerer etwa apfelgrosser Tumor durch die Bauchdecken fühlen. Die combinirte Untersuchung erwies, dass beschriebene Tumoren durch Stiele mit dem Uterus verbunden waren, der grössere linksseitige Tumor von der linken Wand, und der kleinere rechte Tumor von der rechten Wand des Uterus ausgegangen waren. Die vordere und hintere Wand des Uterus waren ebenfalls von Geschwulstmassen durchsetzt und erwies sich bei der Rectaluntersuchung, dass die ganze hintere Wand in einen grossen Tumor aufgegangen war, durch den der Uterus im kleinen Becken fixirt war. Mit dem Finger liess sich nicht die ganze Circumferenz des hinteren Tumors abpalpiren; doch wurde seine Grösse annähernd auf die eines Kindskopfes bestimmt. Die Sondenuntersuchung ergab eine Verlängerung der Uterushöhle um 1 Zoll. — Der Befund sprach für subseröse und interstitielle Fibromyome des Uterus, und lag es wohl nahe, die Geschwülste theils der vorhandenen Beschwerden, als auch der Gefahren wegen, die der Patientin durch das Wachsthum der Geschwülste drohten, zu beseitigen. Es wurde die Laparotomie in Aussicht genommen, doch die Frage offen gelassen, ob es gelingen würde, den Uterus mit seinem hinteren Tumor aus dem kleinen Becken herauszuheben, oder ob man sich auf die Entfernung der gestielten Geschwülste werde beschränken müssen.

Betreffs der Vorbereitungen zur Operation bemerke ich in aller Kürze, dass die Patientin, wie gewöhnlich, einige Vollbäder erhielt, die Scheide mehrere Tage vor der Operation durch Ausspülungen mit Sublimatlösung *1:1000 und* Liegenlassen von Jodoformtampons desinficirt, der Darm durch Abführmittel und Klystiere gründlich gereinigt wurde. Das Operationszimmer wurde Tag und Nacht gelüftet; darauf Wände und Fussboden mit einer Desinfectionsseife sorgfältig gewaschen, das Zimmer geheizt und 3 Stunden vor der Operation durch einen Dampfspray mit 5% Carbolsäure desinficirt, so dass die Luft mit Carboldämpfen imprägnirt war. Die Instrumente wurden selbstverständlich ebenfalls auf's Sorgfältigste gereinigt und desinficirt. Schwämme sollten nicht in Anwendung kommen, sondern statt dessen Wattebäusche mit Sublimat getränkt und zum Schutze der Bauchhöhle warme Sublimatcompressen. Zur Ligatur und Naht sollte desinficirte Seide nach Kocher's Angabe angewandt werden.

Die Operation begann mit einem Schnitt in der Linea alba von der Symph. pub. bis 2 Fingerbreit über den Nabel reichend. Nach Durchtrennung der Bauchdecken wurde das Peritonäum zwischen zwei Hakenpincetten in der Länge der Bauchdeckenwunde durchtrennt und sofort durch eine provisorische Naht an die Bauchhaut fixirt. Es lag nun der subseröse kindskopfgrosse Tumor vor, der von der linken Seitenwand des Uterus ausgegangen und mit ihr durch einen langen Stiel verbunden war. Der Tumor wurde durch die Bauchwunde herausgehoben, an den Stiel eine lange Klemmpincette gebracht und darauf die Geschwulst durch einen keilförmigen Schnitt von ihrem Stiele abgetrennt. Hierauf sorgfältige Vernähung des Stieles über der Klemmpincette durch eine Reihe von Nähten, auf die ich noch bei der Besprechung der Versorgung des Uterusstumpfes zurückkommen werde. Nach der Entfernung des grossen Tumors konnte ich mit der Hand in's kleine Becken gelangen und mich darüber orientiren, ob es sich an der hinteren Fläche des Uterus neben dem Tumor noch um ein Exsudat handle und wieweit eine Beweglichkeit im kleinen Becken möglich wäre. — Ein Exsudat war allerdings nicht vorhanden, doch war die Beweglichkeit des Uterus durch den hin-

[2]) Alle Instrumente für die chirurgische Universitätsklinik werden nach Modell und in der Fabrik des klinischen Lieferanten Hrn. A. Hamburger (Firma F. Schwabe) in Moskau verfertigt und ist obige Firma auch streng darauf bedacht, bei Anfertigung aller neuen Instrumente vor Allem die antiseptischen Principien zu beobachten.

teren Tumor sehr beschränkt. Nur mit Hilfe eines Collegen, der die Freundlichkeit hatte, von der Scheide aus den Uterus in die Höhe zu drängen und durch Zug von der Bauchhöhle aus gelang es mit einiger Kraftanstrengung, den Uterus mit dem hinteren Tumor aus dem kleinen Becken herauszuheben. Darauf konnte die Abtragung der Ligg. lata, Tuben und Ovarien in einer schichtweisen Durchtrennung der Gebilde zwischen je 2 Ligaturen vorgenommen und zum schwersten Act, im vorliegenden Falle zur Amputation des Uterus, geschritten werden. Erschwert war aber die Abtragung des Uterus dadurch, dass der Tumor sich weit auf die Cervix erstreckte und in der Tiefe weder eine genaue Bestimmung der Grenze zwischen Geschwulst und normalem Gewebe, noch auch die Blutstillung aus etwaigen durchtrennten Gefässen möglich war. Es wurde daher der Uterus mit dem Scheidengewölbe möglichst weit vorgezogen und die Cervix hart am Scheidenansatze in eine schmale und lange Klemmpincette gefasst. Alsdann wurden oberhalb der Klemmpincette ein vorderer und hinterer Lappen aus der Uterussubstanz zur Klemmpincette hin zugeschnitten und auf diese Weise eine keilförmige Excision des Uterus mit seiner tief herabreichenden Geschwulst aus der Cervix ermöglicht. Bei der Lappenbildung gelang es noch die Artt. uterinae isolirt zu unterbinden. Nach Zurechtschneiden des Keils wurden die Flächen desselben durch Nähte vereinigt. Die erste Nahtreihe über der Klemmpincette bestand aus sogenannten Matratzennähten. Es wurde eine Nadel, mit einem starken Seidenfaden montirt, durch die ganze Dicke des Stumpfes geführt, darauf ungefähr ½ Ctm. neben der Ausstichsöffnung wieder zurückgestochen und dann die Sutur an der Fläche des Stumpfes, an der sie begonnen, geknüpft. Solcher Nähte wurde, wie gesagt, eine ganze Reihe in horizontaler Richtung zum Stumpfe angelegt. Darauf folgte eine Reihe von Knopfnähten zur weiteren Vereinigung der Keilsflächen. Nach Entfernung der Klemmpincette entleerte sich kein Blut aus dem Stumpfe, doch wurde zur grösseren Sicherheit noch eine Reihe von Matratzennähten an die Stelle applicirt, wo die Klemmpincette gelegen hatte. Es war somit der Stumpf durch 2 Reihen Matratzen- und eine Reihe Knopfnähte versorgt worden, und wurde er nun nach gründlicher Desinfection mit Sublimatlösung und Jodoformcollodium versenkt.

Die Toilette der Bauchhöhle mit feuchten Sublimatcompressen war, da sehr wenig Blut hineingeflossen war, rasch besorgt. Es folgte darauf die Naht der Bauchdeckenwunde, wobei durch tiefe Matratzennähte breite Flächen des Peritonäums in Contact gebracht und durch dicht gestellte Knopfnähte eine genaue Adaption der Wundränder angestrebt wurde. Zum Schluss ein antiseptischer Verband.

Die Präparate, die nach der Operation aufgehoben wurden, bestanden aus dem isolirt abgetragenen kindskopfgrossen Fibromyom und dem von Geschwulstmassen durchsetzten Uterus mit den Tuben und den degenerirten Ovarien. Die Ovarien waren vergrössert, wiesen eine unebene, zerklüftete Oberfläche und auf dem Durchschnitt an einzelnen Stellen Cysten und an anderen derbes Gewebe auf. Am Uterus hing an der rechten Seite ein langgestieltes hühnereigrosses Fibromyom. Bei Eröffnung der Uterushöhle durch einen Verticalschnitt fand man die Uterushöhle verlängert, die vordere Wand und die Seitenwände von grösseren und kleineren interstitiellen Tumoren durchsetzt und die hintere Wand des Ut. in zwei Tumoren verwandelt, die gegen einander verschiebbar waren und zusammen die Grösse eines Kindskopfes ausmachten. Die Amputationsgrenze war 1½ Ctm. unterhalb des inneren Muttermundes.

Der Wundverlauf war ein überaus erfreulicher. In den ersten Tagen recht heftiges Chloroformerbrechen, das durch Eispillen und Opium gestillt wurde und in den nächsten Tagen einem vollständigen Wohlbefinden der Patientin Platz machte. Die Temperaturen waren stets normal. — Am 10. Decbr. wurden die tiefen und am 16. Decbr. die oberflächlichen Nähte entfernt. Bei der Vorstellung der Patientin fand man eine solide Narbe in der Linea alba und per vaginam die Portio vaginal. in der Umgebung noch infiltrirt, aber nirgends eine Empfindlichkeit. Eine Untersuchung der Kranken vier Monate nach der Operation ergiebt eine Diastase der Recti; doch keine Dehnung der Narbe. Die Portio vagin. ist leicht verschiebbar, keine Schmerzen und keine Infiltration in der Umgebung derselben.

Der Grund, weshalb in diesem Falle an Stelle der Schröder'schen Etagennähte die oben beschriebene Naht zur Versorgung des Stumpfes angewandt worden ist, besteht darin, dass die Matratzennähte nicht nur die Flächen des Keils in genauen Contact bringen, sondern auch vor einer Nachblutung aus dem Stumpfe schützen, weil sie quer zum Verlauf der Gefässe angelegt werden und somit eine Umstechung der Gefässe besorgen. Gegen eine Blutung aus den Zwischenräumen der einzelnen Nähte sichert man sich wohl am Besten dadurch, dass 2 Reihen von Matratzennähten und diese in verschiedenen Abständen applicirt werden. Bei der Versorgung der Ovarialstiele nach Ovariotomien wie auch im besprochenen Falle haben sie uns gute Dienste geleistet.

Referate.

J. Katzaurow: Ueber Erythropsie in Folge von Aphakie. (Wratsch № 15).

Durch in letzter Zeit erschienene Arbeiten auf die Erscheinung des Rothsehens nach Staaroperationen aufmerksam gemacht, achtete Verf. darauf und hat in nicht langem Zeitraume 2 derartige Fälle beobachten können; in dem einen sah Patientin alles Weisse und Helle in rothem Scheine, im anderen Falle hatten der Schnee etc. eine rosa Färbung.

Aus der Literatur hat Verf. nur 11 Fälle zusammenstellen können. Meist kommt die genannte Affection im Alter von 24—28 Jahren vor und ist wohl eine Folge von Reizung des Auges durch Ueberanstrengung und starken Lichtwechsel. Des Morgens ist die Erythropsie daher auch schwächer, als Abends. Alle Fälle endeten mit Genesung und besteht die Therapie im Schonen des Auges.

Ob die von Steinheim neuerdings vorgeschlagene Anwendung von Bromkali die Genesung beschleunigt, kann Verf. nicht beurtheilen. P.

Tonniani Silvia: I nuclei del corpo striato. (La psichiatria 1883).

Verf. zieht aus einer grosse Reihe von Untersuchungen folgende Schlüsse, welche zu einer Differentialdiagnose zwischen Affection des Linsen- und des geschwänzten Kerns dienen können.

1) Läsionen des Linsenkerns, und zwar die acuten Erweichungs- oder hämorrhagischen Herde sind häufiger, als solche im geschwänzten Kern; wahrscheinlich ist die Gefässvertheilung daran Schuld.

2) Gehen die vasomotorischen und sensiblen Störungen rascher vorüber, als die motorischen, so ist eine Affection des Nucleus caudatus wahrscheinlicher.

3) Schwinden die motorischen und sensiblen Symptome gleichzeitig, oder jene früher als diese, so muss an einen Herd im Linsenkern gedacht werden.

4) Hemianästhesie und vasomotorische Störungen allein schliessen eine Läsion des Nucleus caudatus aus, die motorischen Störungen sind bei Affectionen des Nucleus caudatus weniger intensiv und rascher vorübergehend.

5) Es ist kaum möglich zu unterscheiden, ob eine Erkrankung des Linsenkerns allein oder desselben in Gemeinschaft mit dem geschwänzten Kern vorliegt. (Centralbl. f. Nervenh. 1884. № 7).

S. Lustgarten: Ueber ein neues Quecksilberpräparat. (Wien. med. W. № 1).

Dieses Präparat, *Hydrargyrum tannicum oxydulatum* ist von L. im Laboratorium Prof. Ludwig's in Wien dargestellt und ist ein ca. 50% Hg. haltiges, dunkelgrünes, geruch- und geschmackloses Pulver, das unzersetzt nicht löslich ist, von verdünnter Salzsäure nicht wesentlich angegriffen wird, dagegen bewirken selbst sehr verdünnte Alkalienlösungen, dass sich ein aus äusserst kleinen Hg. Partikelchen bestehender Schlamm ausscheidet, wodurch eine leichte Resorption seitens der Darmschleimhaut ermöglicht wird, wie man es durch Harnanalyse nach 24 Stunden bereits nachweisen kann.

Die Dosis beträgt 0,1 Grm. 2—3 Mal täglich innerlich verabreicht. Von Seiten der Verdauungswege keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. In 10 Fällen, meist Syphilisrecidive, wo bis zu 6 Grm. verbraucht wurden, zeigte sich ein sehr schnelles, promptes Zurückgehen aller Erscheinungen.

Das Präparat scheint darnach weiterer Versuche werth, leider giebt Verf. keine Beschreibung der Darstellungsmethode. P.

E. Hjertström: Ueber die epileptoide Geisteskrankheit. (Nord. med. arkiv. Bd. XV. № 10).

Verf. definirt die epileptoiden Geisteskrankheiten als acute recidivirende oder durch Recidive protrahirte Formen von Invasion, die sich durch gewisse constante Symptome und durch Abwesenheit von Convulsionen auszeichnen und als pathologisches Aequivalent für die epileptischen Anfälle betrachtet werden können. H. berichtet über 8 Fälle von epileptoider Geisteskrankheit, von welchen er selbst 5 beobachtet hat. Die beobachteten Fälle waren theils acute recidivirende, theils protrahirte und in den meisten Fällen waren epilept. Anfälle entweder vorhergegangen oder folgten später nach. An die Beschreibung seiner Fälle knüpft H. eine eingehende Besprechung der Symptomatologie der Krankheit an. Die Ursache der epileptoiden Anfälle sucht H. in einem Krampf der Gefässe der Hirnrinde, hervorgerufen durch Reizung des vasomotorischen Centrums. Alle Symptome, auch die Amnesie, lassen sich durch die Annahme eines Gefässkrampfes in der Hirnrinde ungezwungen erklären.

Die Abwechselung zwischen den epileptoiden und epileptischen Anfällen erklärt H. dadurch, dass bei geringeren Reizen nur das vasomotorische, bei stärkeren das Krampfcentrum in Thätigkeit versetzt wird, weil die Reizschwelle für das vasomotorische Centrum geringer ist als für das Krampfcentrum. Fr.

M. Perwuschin: Die Revaccination der Rekruten. (Wratsch № 1).

Seit einiger Zeit ist auch in Russland die Revaccination der Rekruten obligatorisch. Da jedoch die Anzahl derselben ca. 200000 beträgt, ist eine bedeutende Quantität Lymphe nöthig, die wie Verf. nachweist de facto jedoch nicht vorhanden, da das Kriegsministerium bisher keinerlei Summen zu diesem Zweck bestimmt hat, die einzelnen Militärverwaltungen daher gezwungen sind die Lymphe unentgeltlich aus der «freien ökonomischen Gesellschaft» oder käuflich aus den Findelhäusern zu beziehen.

Verf. macht nun den Vorschlag, dass aus dem bei der Militär-medicinischen Academie zur Gewinnung von Kälberdetritus errichteten Kälberstalle in die einzelnen Bezirke Detritus versandt werden solle und an Ort und Stelle müssten wiederum erst Kälber damit geimpft werden, wodurch man grössere Quantitäten frischen Impfstoffes erhielte. P.

Hase: Krankenheber. (Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 14.

Nach Beschreibung und Abbildungen zu urtheilen, scheint die vom Verf. construirte Vorrichtung zum Heben schwerer Kranken von ihrer Unterlage sehr praktisch und empfehlenswerth. Verf. ist bei der Construction des Apparates davon ausgegangen, dass in der Technik zum Heben schwerer Lasten z. B. der Eisen- und Cementröhren der Wasserleitungen etc. Zangen verwandt werden und dass sich daher walzenförmige Körper, wie der menschliche Leib vermittelst entsprechend geformter Zangen bequem umfassen und bewegen lassen müssen. 4 eigenthümlich geformte, gepolsterte Stahlzangen für Rumpf, Gesäss, Kniekehlen und Unterschenkel, so wie ein gepolsterter Nackengurt hängen an Lederriemen von einer wagrechten Stange herab. Das eigene Gewicht des gefassten Gegenstandes macht sein Herausgleiten aus den Zangen unmöglich, wenn letztere auch nur etwas mehr als die Hälfte seines Umfanges umgreifen. Von der wagrechten Stange gehen Schnüre über Rollen, die an der Zimmerdecke angebracht sind, und kann durch langsames Anziehen dieser Schnüre der Kranke langsam auf möglichst schonende Weise von seinem Lager gehoben werden und jede Stelle des Körpers unbehindert verbunden werden. Sehr sinnreich ist diese Hebevorrichtung noch von Dr. Beck dadurch vervollkommnet, dass die wagrechte Stange nicht an der Zimmerdecke suspendirt wird, sondern an einem eisernen Galgen, der gleich denjenigen Galgen gestaltet ist, die bisher zur gleichzeitigen Suspension und Extension der unteren Extremitäten in Gebrauch sind. Die beiden zur Suspension der wagerechten Stange nöthigen Schnüre laufen über Rollen zu einer, an einer der senkrechten Stangen des Galgens befestigten Winde, die das Heben des Kranken ohne jeden Kraftaufwand möglich macht. Sperrvorrichtungen an der Winde verhüten das Zurücksinken des Kranken. Der eiserne Galgen steht auf Rollen und kann daher leicht mit sammt dem Kranken fortbewegt werden z. B. in das Badezimmer, um den Kranken in die Badewanne niederzulassen. Der Apparat erscheint höchst ingeniös. Er ist zerlegbar, also leicht transportabel, wiegt 70 Kg., kostet 200 Mark und ist bei F. Schwabe in Moskau zu haben. T.

G. Neuber: Ueberosmiumsäure-Injectionen bei peripheren Neuralgien. (Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel. 1883. I).

Ueberosmiumsäure-Injectionen in Geschwülste blieben auch in der Kieler Klinik erfolglos, dagegen leisteten sie bei drei Fällen von peripheren Neuralgien, 2 Mal Trigeminus, 1 Mal Ischiadicus, vortreffliches. Alle anderen Mittel hatten vollständig im Stich gelassen. Ueberosmiumsäure-Injectionen in die schmerzenden Bezirke beim Trigeminus, in den Ischiadicus selbst bei Ischias befreiten in kurzer Zeit von den Schmerzen. Es wurden fast täglich 4—6 Tropfen einer 1%igen Lösung injicirt. Verf. räth in Zukunft auch viel grössere Dosen, vielleicht 10fache, längere Zeit, auch Monate hindurch zu brauchen, ebenso bei multiplen Neuralgien mehrere Injectionen gleichzeitig von erstgenannter Lösung zu machen. Eine tödtliche Vergiftung ist bisher einmal an einem Arbeiter beobachtet, der mit der Reinigung des Platins und Abscheidung des Osmiums beschäftigt war. Die Dosis ist unbekannt, aber Gaben von über 2,0 Osmiumsäure bewirken nach van Hasselt nur eine Art Coryza, Doppelsehen, schwarze Färbung der Schleimhäute und Faeces. T.

A. Damour (Paris): Erscheinungen während der Menstruationszeit der nach Porro operirten Frauen. (La France médicale № 23. Tome I. 1884).

Vf. hat 3 Frauen, welche die genannte Operation überstanden selbst beobachtet und von weiteren 27 durch verschiedene Collegen Nachrichten eingezogen. Im Ganzen sollen gegenwärtig 62 nach Porro Operirte leben. Bei 23 waren die Menses vollkommen geschwunden und hatten sie während der sonstigen Menstruationszeit keinerlei Erscheinungen. Die übrigen 7 klagten alle während dieser Zeit über Schwere, Unbehagen etc. Eine von Championnière Operirte verlor 5 Mal nach je 2 Monaten c. ½ Bierglas Blut per rectum, ohne dass je Hämorrhoiden vorhanden gewesen, 1 Mal zeigte sich während der sonstigen Menstruationszeit Blut durch die Urethra.

Bei einer 1876 von Porro Operirten sonderte sich von der Narbe des Stumpfes c. 4 Tage lang während der Menstruationszeit eine helle klebrige Flüssigkeit ab. Von 2 von Braun Operirten traten bei der Einen 1 Mal, bei der Andern allmonatlich Blutungen per vaginam auf, jetzt ist jedoch bei Beiden Menopause eingetreten. Breisky beobachtete bei einer Operirten 3 Mal Lungenblutungen ohne physikalisch nachweisbare Ursache, bei einer Anderen 2 Mal Vaginalblutungen. Ramello sah bei einer 1880 Operirten allmonatlich eine leichte Epistaxis. P.

Prof. Rushton Parker (Liverpool: Ueber Perforation und Brand des Darmes und über die respectiven Beziehungen beider zum Collaps des Kranken. Uebersetzt von Dr. Ed. Ascher. (Berl. klin. Woch. 1884. № 8).

Nach P. folgt der Collaps nur auf diejenigen Perforationen, in welchen der Inhalt des Darmes in einem bedeutenden Maasse in die Bauchhöhle eintritt; er fehlt jedoch, wenn die Perforation einen solchen Verlauf nimmt, dass die Contenta einen andern Ausweg als den in die Peritonäalhöhle finden können. Collaps ist die Folge von rascher und intensiver Vergiftung des Blutes, durch *directe Resorption* oder durch Filtrirung vom Peritonäum aus. Es ist *daher* nicht sowohl die wirkliche Perforation, die man zu befürchten hat, als vielmehr eine allgemeine Einwanderung von Myriaden von giftigen Organismen in den Kreislauf vom Peritonäum aus. Excremente, wenn sie massenhaft in die Peritonäalhöhle eintreten, bilden da sofort einen ungeheuren Fäulniss bergenden See, der durch zahllose Rinnen in den lymphatischen und durch diesen in den Blutkreislauf eintritt. Collaps ist daher die Folge der Fäulniss und wird unter verschiedenen Umständen hervorgebracht, mit oder ohne Excremente, wenn in Fäulnis übergegangene Flüssigkeit sich innerhalb des Peritonäum anhäuft. — Wird brandiger Darm angetroffen so ist er allsogleich zu entfernen um Ansteckung des Peritonäums in der Nähe zu verhindern. Bei Brand des Darmes wird fast immer Collaps eintreten, da die hierbei in Fäulniss gerathenen Substanzen, auch wenn der Brand langsam fortschreitet, doch vom Peritonäum aus fortwährend resorbirt werden; daher rührt die häufige Abwesenheit aller Flüssigkeit innerhalb des Peritonäums, selbst bei brandiger Peritonitis, wegen der grossen Ableitungsfähigkeit desselben. Hertzka — Carlsbad.

J. Weiss: Ueber Epilepsie und deren Behandlung. (Wiener Klinik 1884. IV). Urban & Schwarzenberg. 116 S.

Eingehende Besprechung des gegenwärtigen Standpunctes unserer Kenntnisse über Epilepsie in klarer nüchterner Fassung, nichts Neues bringend. Hz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Kornfeld: Handbuch der gerichtlichen Medicin in Beziehung zu der Gesetzgebung Deutschlands und des Auslands nebst einem Anhange enthaltend die einschlägigen Gesetze und Verordnungen Deutschlands, Oesterreichs und Frankreichs. Mit 50 Holzschnitten. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1884. 611 pag.

Dieses Buch ist äusserst praktisch angelegt da es in prägnanter, übersichtlicher Kürze einen guten Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der gerichtlichen Medicin giebt. Alles Neue hat die entsprechende Berücksichtigung gefunden, so z. B. kommen auch die Ptomaïne zur Sprache. Die Anführung der in Rede stehenden Gesetze muss dieses Buch für d. Aerzte Deutschlands und Oesterreichs unentbehrlich machen. Hinweise auf die Gesetzgebung Russlands fehlen natürlich, trotzdem können wir das Buch unseren Collegen, namentlich unseren Landärzten, die ja immer wieder in die Lage

kommen gerichtsärztliche Besichtigungen vornehmen zu müssen, aufs Wärmste empfehlen.

Die Ausstattung entspricht der bekannten Tüchtigkeit des Enke-chen Verlages. P.

Schuster: Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. II. Aufl. Berlin 1884. Enslin 8. 132 S.

Verfasser wollte bei Abfassung seines Buches zur Verbreitung richtiger Kenntniss und frühzeitiger Erkenntniss der Rückenmarkskrankheiten beitragen und scheint seinen Zweck erreicht zu haben, denn sein Werk hat in 2 Jahren eine zweite Auflage erlebt. Es bietet in der That eine sehr fleissige und klare Zusammenstellung der in der Pathologie der spinalen Erkrankungen feststehenden Thatsachen; Zeichnungen und differentiell-diagnostische Tabellen erläutern den Text, die Sprache ist präcis, so dass wir diese Diagnostik nur warm empfehlen können. Wenn auch das vorliegende Werk nur eine Compilation darstellt (von Verf. selbst rührt nur eine kurze Krankengeschichte), so ist es immerhin ein Verdienst, eine solche gut zusammengestellt zu haben. Fragen möchten wir nur, wesshalb Verf. das Wort trophisch und seine Verbindungen mit einem f schreibt, während z. B. Syphilis in der gewöhnlichen Weise geschrieben vorkommt? Druck und Ausstattung gut. Hz.

Hübener: Die Diphtherie und ihre Behandlung. F. Luckhardt. — Berlin 1883.

Diese Arbeit vermehrt blos die Quantität der Diphtherie-Literatur, da in derselben der Leser schwerlich etwas Neues finden wird, wenn man die wenig begründete Ansicht des Verf. über die Aetiologie nicht berücksichtigt. Die Ansteckung erfolgt, glaubt Verf., durch den Darm, weil nach seinen Beobachtungen bei allen Diphtherie-Kranken früher oder später stinkende Stühle erfolgen. Was die Eintheilung der verschiedenen Formen der Diphtherie betrifft, so ist dieselbe nicht vollständig, indem die septische Form nicht genügend Berücksichtigung gefunden hat. Die Behandlung des Verf. besteht, die Aetiologie berücksichtigend, in grossen Gaben von Ol. Terebinthin. 5,0—15,0 um durch Desinfection des Darminhalts die Causa nocens zu vernichten. Den schon ins Blut aufgenommenen Krankheitserregern will Verf. theils durch Ol. Terebinthinae theils durch schweisstreibende Mittel beikommen. Als weitere blutdesinficirende Mittel empfiehlt Verf. noch das Natr. benz. und Kali chlor. Die locale Behandlung besteht in mehrmaligen Aetzungen mit einer 5% Argent nitr. Lösung. Sollte das Fieber anhaltend sein, so verordnet Verf. Chinin in grossen Dosen. Seitdem Verf. diese Behandlungsmethode anwendet, hat er keinen Todesfall zu verzeichnen gehabt, ist aber doch noch vorsichtig genug in seinen Schlussfolgerungen zu erklären, dass die Diphtherie durch das beschriebene Verfahren beinahe stets heilbar ist. L—n.

Wiel: Diätetische Behandlung der Krankheiten des Menschen. Bd. II. III. und IV. Karlsbad. Verlag von Hans Feller.

Das Wiel'sche Sammelwerk, dessen erster Band «Tisch für Magenkranke», verfasst von ihm selber, bereits in 5 Auflagen verbreitet und rühmlichst bekannt ist, hat eine weitere Bereicherung erhalten. Hinzugekommen sind:

Bd. II: Tisch für Lungenkranke v. A. Biermann.
Bd. III: Tisch für Fieberkranke v. J. Uffelmann.
Bd. IV: Tisch für Nervenkranke v. O. Eyselein.

Hervorzuheben wäre der III. Band, nicht so sehr der eingehenden sachgemässen und doch auch dem gebildeten Laien verständlichen Weise wegen, in der er verfasst ist (so ziemlich dieselben Vorzüge besitzen auch die beiden anderen Bände), sondern weil hiemit wohl am meisten einem dringenden Bedürfniss abgeholfen wird. Gerade bei den fieberhaften Processen, namentlich wenn sie sich in die Länge ziehen, kommt es nicht bloss darauf an, dass der Arzt sich im Allgemeinen über die Principien der Ernährung klar ist, sondern er muss zu variiren und immer neue passende Speisen event. auch Ernährungsmethoden ins Gefecht zu führen verstehen. Hierbei wird er nun durch den betreff. Band in ganz vorzüglicher Weise unterstützt. Statt des monotonen Speisezettels, der bisher den Fieberkranken zur Disposition stand, findet er hier abgehandelt: die Eiweissstoffe, Peptone etc., Milch, Molken, Kumyss, Rahmgemenge, Milchpepton, Surrogate der Milch, die verschiedenen Fleischextracte, Säfte, Bouillonarten, Getreidesuppen, alle nährenden Clystiere, Einspritzungen von nährenden Substanzen unter die Haut etc. etc. Kurz er braucht nur für den betreffenden Fall zu wählen und dass dies in richtiger Weise geschieht dafür sorgt Uffelmann, eine Autorität in Fragen der Diätetik, hinreichend und zwar dadurch dass er überall seine kurzen theoretischen Bemerkungen, die einen klaren zuverlässigen Rathgeber abgeben, einfliessen lässt.

Jeder Band kostet brochirt 4 M. und ist von der Feller'schen Verlagshandlung in höchst würdiger Weise ausgestattet. —s.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 23. November 1883.

Dr. Wolferz hält den angekündigten Vortrag «über Kefir». Vortr. bespricht mit Berücksichtigung der russischen Literatur (Dmitriew, Podwyssotzki jun., Kern, Iw. Schmidt) Herkunft, Darstellung und chemische Constitution des Kefir, um seine therapeutischen Erfahrungen daran zu knüpfen. Der im Handel vorkommende sogenannte Kefirpilz ist mikroskopisch analysirt ein Gemenge von Hefezellen und Bakterien. In der Kuhmilch erzeugt der Pilz alcoholische und milchsaure Gährung, das Gährungsproduct heisst ebenfalls Kefir. Der Gehalt des Kefir an fein vertheiltem Caseïn, Hemialbuminose, Kohlensäure und Milchsäure bedingt bei leichter Verdaulichkeit seine Bedeutung als Nahrungsmittel, dem eine gleichzeitig sedative, die Herzthätigkeit anregende und die Diurese befördernde Wirkung zukommt. Die Möglichkeit, den Kefir zu jeder Zeit von den Patienten selbst zubereiten zu lassen ergiebt grosse praktische Vorzüge dem Kumyss gegenüber. Die von Vortr. bisher mit Kefir behandelten Fälle (20) sind zu weiteren Versuchen sehr ermuthigend. Phthisische, zarte erethische Constitutionen, Neurasthenische, die nach Milchgenuss häufig dyspeptische Beschwerden bekommen, vertragen den Kefir gut und werden in ihren Krankheitssymptomen und der Ernährung gebessert.

Dr. Krannhals lässt seit 2 Monaten mehrere seiner Patienten Kefir trinken und tritt Dr. Wolferz in der Empfehlung desselben bei. Er sei gegenwärtig mit mikroskopischen Untersuchungen über den Kefirpilz beschäftigt, die demnächst veröffentlicht werden sollen. Die Darstellung des Kefir könne, wie auch Dmitriew angiebt, durch zwei Umstände gestört werden: Verschleimung und sog. Sauerwerden des Pilzes. Die erste Störung glaubt Dr. K. auf ein Ueberhandnehmen der Bakterien auf Kosten der auch vorhandenen Hefezellen, die zweite durch übermässige Zunahme der Hefezellen erklären zu müssen. Dr. K. lässt in der Regel ℥j des käuflichen Pilzes in 2 Glas Wasser quellen, dann den Pilz eine Woche lang in öfters zu wechselnder Milch liegen und benutzt die so präparirten Pilze als Ferment zur Kefirbereitung.

Dr. Hübner empfiehlt den Kefir als leicht darstellbar. Dem Kumyss gegenüber sei auch das geringere Quantum Kefir, welches seiner chem. Constitution entsprechend, zur Cur nothwendig ist, ein Vorzug. Einen mässigen Alcoholgenuss halte er während einer Kefircur für erlaubt. Es ist Dr. H. gelungen durch Zusatz von 1 Dessertlöffel der käuflichen Presshefe zu 2 Glass Milch in 36 Stunden ein dem Kefir dem Geschmack nach vollständig gleiches Gährungsproduct zu gewinnen. Zusatz von Zucker ist absolut nicht nöthig.

Dr. Krannhals bemerkt hierzu, die ev. Identität dieses Getränks mit dem Kefir könne erst durch genaue chemische Analysen entschieden werden. Die rapid sich vermehrenden Bacterien im Kefir seien für dessen chem. Constitution wol nicht ohne Bedeutung.

Sitzung vom 7. December 1883.

Dr. Hach hält einen Vortrag über «die Castration der Frauen». Nach Vorbemerkungen über die Physiologie und Pathologie der Ovarien giebt Vortr. eine Uebersicht über die Geschichte der Castration, um ausführlich bei den Indicationen Hegar's zu verweilen. Was die von Hegar in jedem Fall geforderte Erfüllung der Vorbedingungen anbetrifft, so wünscht Vortragender, dass jegliche weniger eingreifende Therapie vor der Operation erst in Anwendung gezogen würde, was auch geschehen könne, da nur selten Gefahr im Vorzuge vorhanden sein dürfte. Die Nähe der Klimax sollte nicht als Contraindication aufgestellt werden, der Eintritt der cessatio mensium sei zu unbestimmt, als dass man eine schwer Leidende oder durch starke Blutungen erschöpfte Frau auf jene vertrösten dürfe. Die Specialindicationen Hegar's werden aufrecht erhalten, doch wird bei mangelhafter Entwickelung des Uterus und hierdurch bedingter Verhinderung oder Erschwerung der Secretion eine längere Behandlung mit dem oft Nutzen bringenden Intrauterinstift verlangt. Bei Hysterie ohne nachweisbare palpable Ovarialerkrankung ist die Castration contraindicirt. Die Frage, ob Psychosen durch die Castration geheilt werden können ist eine offene. Die Tuben sind stets mit zu entfernen. Der Carbolspray ist bei der Operation überflüssig, nur scrupulöse Reinlichkeit strengstens zu beobachten. — Vortr. referirt nun ausführlich mit Verweisung der entfernten Ovarien über 3 von ihm in jüngster Zeit (unter Assistenz der Collegen Bergmann, Miram und Schwartz) ausgeführte Castrationen.

Fall I. betrifft eine 18 jährige, ledige Israelitin, die ausser anderen hysterischen Symptomen fast unaufhörliches Erbrechen und Singultus zeigte. Verschiedenartige Therapie seit 1880 bringt nur schnell vorübergehende Besserung. Uterus spitzwinklig anteflectirt, linkes Ovarium vergrössert, prall, nicht empfindlich, das rechte leicht geschwellt. Annahme einer Reflexneurose, bedingt durch das degenerirte Ovarium. Entfernung beider Ovarien mit den Tuben am 16. August 1883. Glatter Verlauf der Heilung, kein Fieber, keine Blutung e vagina. Effect: nachdem das Erbrechen beim Verlassen des Betts und auf der Reise nach Hause wiedergekehrt, hat es ganz aufgehört [1]). Beide Ovarien enthalten Cysten.

Fall II. 22 jährige, ledige Dame, seit frühester Jugend kränklich, stets mit heftigen Prodromalschmerzen menstruirt, durch Schmerz-

[1]) Nach am 18. Jan. 1884 eingelaufenem Bericht ist das Erbrechen nicht wiedergekehrt. Keine Menstruation.

haftigkeit des Abdomen unfähig zum Gehen geworden, hält seit Jahr und Tag die Bettlage ein. Verschiedene hysterische Symptome. Uterus klein, retroflectirt. Rechtes Ovarium uneben, vergrössert, schon bei leichtem Druck empfindlich. Kein Exsudat im Becken nachzuweisen. Verschiedenartige Therapie ohne Erfolg, zuletzt bei ruhiger Lage Uterinstift, der die Schmerzen steigert. Castration am 6. Oct. 1883. Am Abend der 5 ersten Tage Temp. Abends 38,3°, einmal 38,5°, dann fieberfrei; Heilung per primam. Schmerzen im linken Hypogastrium bei der ganzen Nachbehandlung, bei den ersten Gehversuchen giebt Patientin geringere Schmerzen an, dann kehrt der frühere Zustand wieder [1]). Linkes Ovarium frei, das rechte enthält drei erbsengrosse Cysten.

Fall III. 27jährige ledige Dame, unstäter Blick, Grübelsucht, intercurrirende «Tobsuchtsanfälle» (von Vortr. nicht gesehen). Stets heftiger Geschlechtstrieb, der zur Masturbation führt, gegen welche Pat. vergeblich anzukämpfen sucht Nach erschöpfender Therapie (Sprengung des Constrictor cunni, Aetzung der Clitoris, Bädern, inneren Medicationen) wird, da beide Ovarien vergrössert, das linke besonders, auch empfindlich sind, am 13. October 1883 die Castration vorgenommen. Am Abend des 2. und 3. Tages post operat. 37,8°, am 6. Tage 38°, sonst fieberfrei. Heilung per primam. Pat. klagt noch immer über quälende Gedanken sinnlichen Inhalts. Ist im Ganzen etwas ruhiger geworden. Linkes Ovarium enthält eine kirschgrosse Cyste.

Vermischtes.

— Professor Paschutin hat, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, neulich bei Gelegenheit einer Doctor-Disputation an der militär-medicinischen Academie die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass seit einiger Zeit immer häufiger Aerzte aus Universitätsstädten nach St. Petersburg kommen, um an der militär-medicinischen Academie ihre Dissertationen zu vertheidigen. In Folge dessen seien die Professoren der Academie, welche ohnehin durch die grössere Zahl der abzuhaltenden Doctor-Examina und -Promotionen überbürdet seien, mehr belastet als ihre Collegen an den Universitäten, und wäre es daher wünschenswerth, dass das Reisen der auf Universitäten gebildeten Aerzte nach St. Petersburg zur Vertheidigung ihrer Dissertationen an der Academie aufhörte.

— Für den durch den Rücktritt Hasner's erledigten Lehrstuhl der Augenheilkunde an der deutschen medicinischen Facultät der Prager Universität sind vom Professoren-Collegium folgende Candidaten in Vorschlag gebracht worden: Prf. Becker in Heidelberg, Prf. Fuchs in Lüttich und Prf. Sattler in Erlangen. Alle drei sind Schüler der Wiener Universität.

— Zum Nachfolger des vor Kurzem verstorbenen Prf. Radius ist Prof. Dr. Rudolph Boehm aus Marburg (früher in Dorpat) als Professor der Pharmakologie an die Universität Leipzig berufen worden, nachdem Prof. Schmiedeberg in Strassburg abgelehnt hatte.

— Die internationale Gesellschaft der Ophthalmologen beabsichtigt, wie die «Allg. med. Central-Ztg.» mittheilt, eine *goldene Ehrenmedaille* für die hervorragendste Leistung auf dem Gebiete der Ophthalmologie zu stiften, die im nächsten Jahre zum ersten Mal verliehen werden soll. Die Medaille wird nach dem Entwurfe des Bildhauers Hartzer auf der Vorderseite in einem Lorbeerkranze die Widmung und auf der Rückseite das Porträt des Prof. Albrecht v. Graefe mit den Daten: 21. Mai 1828 — 20. Juli 1870 — dem Geburts- und Todestage desselben — enthalten.

— Die Einweisung des neuen zum Andenken an den Kaiser *Alexander II.* gestifteten Alexanderhospitals (Wassili-Ostrow, 15. Linie, Haus 4) findet am 12. Juni ca. um 12 Uhr Mittags statt.

— Im Verlage von Theodor Fischer in Berlin erscheint seit dem 1. April d. J. eine neue Monatsschrift unter dem Titel: «*Internationale Monatsschrift für Anatomie und Histologie*». Die Redaction der neuen Monatsschrift, welche in 12 Heften von je 2—3 Bogen erscheinen soll, hat Professor W. Krause in Göttingen übernommen.

— Auf eine an die Schweizerische Unfallversicherungs-Actiengesellschaft zu Winterthur gerichtete Anfrage, ob als «Unfälle» ausser Erkrankung an Leichengift auch solche an Wundrose, überhaupt an Wundkrankheiten angesehen werden, hat die Direction der Gesellschaft erwidert, «dass sie nur solche Fälle als «*Unfälle*» betrachtet, wenn ein Arzt bei der Section oder Operation *selbst* sich verletzt und dadurch angesteckt wird. Verletzung und Vergiftung müssen also *gleichzeitig* erfolgen. Erfolgt z. B. die Ansteckung durch eine vorher schon bestandene wunde Hautstelle, so wird von Seiten der Gesellschaft keine Entschädigung geleistet.»

(Aerztl. Vereinsblatt.)

— Vicusse empfiehlt gegen *Fussschweisse* Einstäubungen mit *Bismuthsubnitrat*. Selbst in solchen Fällen, wo dieses Mittel den heftigen Schweiss nur zeitweilig unterdrückt, entferne es doch den Gestank, sowie die heftigen Schmerzen, welche diese Secretion häufig begleiten. (American Druggist. — Allg. W. m. Ztg.)

— Ein Pariser Arzt, Dr. Delthil, hat neulich der Academie der Wissenschaften Mittheilung gemacht über seine *Behandlungsmethode der Diphtherie*. Gestützt auf die Wahrnehmung, dass diphtherische Ablagerungen bei der Berührung mit Dämpfen von Theer und Terpenthin-Essenz sich in wenigen Augenblicken lösten, zündet er (selbst nach dem Luftröhrenschnitte) neben dem Bette des Kranken eine Mischung von Theer und Terpentin an. Das Zimmer füllt sich bald mit einem schwarzen und dichten Rauch, sodass die im Zimmer befindlichen Personen einander kaum sehen können, ohne jedoch eine Belästigung zu verspüren. Das Kind athmet kräftig und mit Behagen diese Harzluft ein, deren belebende Kraft es fühlt; bald lösen sich die falschen Membranen ab, werden ausgeworfen und in ein Glas gesammelt, lösen sie sich vollständig auf. Gleichzeitig fährt Dr. Delthil fort, die Kehle des Kindes mit Steinkohlentheer und Kalkwasser zu pinseln. In 2 bis 3 Tagen soll das Kind vollständig geheilt sein. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Gegen *Enuresis nocturna bei Kindern.*

Rp. Extr. fluidi Rhois aromat. 30,0,
Glycerini 60,0,
Aquae 20,0.
M. Ds. 15 Tropfen in Wasser 4 Mal täglich.

Gegen Night-terrors und Schlaflosigkeit bei Kindern.

Rp. Kali bromati 0,10,
Tinct. Hyoscyami guttas 10,
Syrupi simpl. 15,0,
Aquae 10,0.
M. Ds. Vor dem Schlafengehen einzunehmen.

(Ellis.) Révue médic. 1884, № 6.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 27. Mai 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2563	1647	4210
Kinderhospitäler	130	130	260
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	143	82	225
Scharlach	21	21	42
Pocken	7	6	13
Venerische Krankheiten	379	345	724

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 20. bis 26. Mai 1884 besucht von 2695 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1170.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 27. Mai bis 2. Juni 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
313	262	575	84	57	103	24	8	20	75	53	49	35	37	22	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 12, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 4, Masern 31, Scharlach 11, Diphtherie 17, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 37, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 87, Lungenschwindsucht 97, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 59, andere Krankheiten der Bauchhöhle 30, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 31, Marasmus senilis 22, Cachexia 28.

— Tod durch Zufall 14, Selbstmord 4, Mord 0.

— Andere Ursachen 9.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	11—17 Mai	181 732	88	8	25,2	9,4	32,0
Kopenhagen	14—20 Mai	267 000	131	9	25,5	6,9	42,5
Berlin	18—24 Mai	1 225 065	596	49	25,3	8,2	33,7
Wien	18—24 Mai	759 849	491	23	33,6	6,7	39,8
Brüssel	11—17 Mai	171 293	81	10	24,6	12,3	32,8
Paris	16—22 Mai	2 239 928	1097	163	25,5	14,8	30,0
London	18—24 Mai	4 019 361	1427	280	18,5	19,7	33,6
St. Petersburg	25—31 Mai	928 016	672	132	37,6	19,6	32,1

[1]) Gegenwärtig (Jan. 1884) ist der Zustand der Pat. viel besser geworden. Sie kann viel besser als früher gehen, auch im Freien. Schmerzen bedeutend geringer. Keine Menstruation.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 8. Іюня 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. **an** die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 24. **St. Petersburg, 16. (28.) Juni** **1884.**

Ein Beitrag zur Lehre von dem Vorausbestimmen der Anfälle bei Febris recurrens.

Von

M. K. Senetz.

Aus dem Alexander-Stadt-Baracken-Hospital.

Die beigelegte Curve № 1 demonstrirt auf recht anschauliche Weise das gegenseitige Verhältniss zwischen Körpergewicht, Temperatur und der täglichen Menge aller festen Bestandtheile des Harns bei einem von uns beobachteten Recurrens-Kranken. Bevor wir aber zur näheren Erörterung dieses Verhältnisses schreiten, machen wir noch auf die Tabelle I. aufmerksam, auf der die übrigen in der Krankengeschichte vermerkten Beobachtungen notirt sind.

Der Kranke D. Nikiferow, 21 a. n., seinem Gewerbe nach Bäcker, ist von mittlerer Grösse, gutem Körperbau und Ernährungszustande, mit gut entwickeltem Knochenbau und Muskelsystem; er trat am 4. Krankheitstage in's Hospital, ohne bisher jemals krank gewesen zu sein. Die Erkrankung war eine sehr schwere, und während der Anfälle febriler Habitus sehr deutlich ausgeprägt.

Die Milz und die Leber waren auf der Höhe der Anfälle bedeutend vergrössert und äusserst schmerzhaft; die Leber begann in der Linea mamillaris auf der Höhe der 6. Rippe und ragte auf 1—1½ Querfingerbreit unter dem Rippenrande hervor; die Milz begann von der 7. Rippe und konnte auf 2—3 Querfingerbreit unterhalb des Rippenbogens durchgefühlt werden. Während der ganzen Zeit der Erkrankung litt Pat. an Bronchialcatarrh (Rhonchi sonori et sibilantes). Vom 16. bis zum 20. Krankheitstage klagte Pat. über bedeutende Schmerzhaftigkeit im rechten Ellbogengelenk. Nach dem zweiten Anfalle stellte sich leichtes Oedem des Gesichtes und der Extremitäten ein; am 17. Krankkeitstage wurden im Harne Spuren von Eiweiss entdeckt. Ueber das Vorhandensein der Spirillen können wir uns nicht mit Sicherheit aussprechen, da bei einer allerdings blos 2maligen Untersuchung des Blutes Spirillen nicht entdeckt wurden. Bei dieser Gelegenheit möchten wir bemerken, dass in diesem Jahre, 1883—1884, Spirillen verhältnissmässig selten und in keiner grossen Anzahl gefunden werden, etwa 1 oder 2 im Gesichtsfelde, während im vergangenen Jahre, 1882—1883, dieselben häufig und in grosser Anzahl zur Beobachtung kamen. Vielleicht steht dieses Factum in irgend welcher Beziehung zu dem Umstande, dass die Recurrens-Epidemie in Petersburg jetzt im Schwinden begriffen ist.

Hinsichtlich der Behandlung, welche von Einfluss auf die Daten der Tabelle № 1 sein konnte, muss bemerkt werden, dass sobald die Temperatur auf 39,0 oder darüber stieg, der Kranke Morgens und Abends gebadet wurde und eine Eisblase auf den Kopf erhielt. Die Temperatur der Bäder betrug 28° R. Bei der Bestimmung der Nahrung wurde natürlich der Appetit und die jeweilige Verdauungsfähigkeit des Kranken berücksichtigt.

Das ist in Kürze alles, was wir glauben von unserem Kranken sagen zu müssen; die übrigen Daten sind in der beiliegenden Tabelle № 1 notirt.

Diese Daten können von ganz verschiedenen Gesichtspuncten aus betrachtet werden, wir wollen aber unser Augenmerk nur auf das Vorherbestimmen der Anfälle richten, oder, um noch präciser zu sein, auf das Vorherbestimmen der Temperatursteigerung und das Fallen derselben. Daher nehmen wir die Temperatur als den Ausgangspunct und werden die anderen Curven mit ihr vergleichen. Betrachten wir die Zahlen, die für den Morgen-Puls verzeichnet sind, so sehen wir, dass, obgleich der erste Anfall am 7. Tage zu Ende war (t° 36,4), die Zahl der Pulsschläge noch bis zum 11. Krankheitstage fiel, an welchem sie 48 in der Minute betrug.

Solch ein allmäliges Sinken der Pulszahl im Verlaufe mehrerer Tage nach Beendigung des Anfalles (gewöhnlich bis 48 in der Minute) konnten wir häufig bei Recurrens-Kranken beobachten, besonders in schweren und sehr deutlich ausgeprägten Fällen.

Am 13. Tage begann der 2. Anfall (t° 38,9), wobei die Morgentemperatur an diesem Tage (37,3) höher war als selbst die Abendtemperaturen zur Zeit der Apyrexie; was den Puls betrifft, so stieg er schon am Morgen des vorhergehenden Tages auf 60, nachdem er vorher 48 betragen hatte. Am Morgen des Anfallstages war der Puls schon 72; diese allmälige Steigerung des Pulses — 48, 60 und

72;— boten die Möglichkeit, den Anfall schon $1^1/_2$ Tage vorher zu bestimmen. Der 2. Anfall war am 18. Krankheitstage beendigt (t^0 35,5), während der Morgen-Puls schon am vorhergehenden Tage um 12 Schläge in der Minute gefallen war (von 96 auf 84). Dieses Fallen des Pulses bot wiederum die Möglichkeit, das Sinken der Temperatur einen Tag vorher zu bestimmen.

Eine genaue Beobachtung des Pulses bietet uns also die Möglichkeit, den Beginn und das Ende des Recurrens-Anfalles voraus zu bestimmen. Diese Möglichkeit wird sicherlich noch grösser, wenn man auch den Abend-Puls notirt, was bei unserem Falle nicht geschehen ist, da wir eine solche Möglichkeit garnicht vermuthet en und erst bei der Durchsicht der Notizen auf diesen Gedanken kamen. Systematische Zählungen der Athmungsfrequenz waren gleichfalls unterblieben, doch schon die vereinzelten Beobachtungen derselben brachten uns zur Ueberzeugung, dass man auch aus ihr höchst wahrscheinlich die einzelnen Anfälle wird vorausbestimmen können.

Das Körpergewicht nahm vom 10. bis zum 12. Krankheitstage stetig zu; am 13. Tage blieb es unverändert, wenn man bedenkt, dass ein Unterschied von $^1/_4$ russ. Pfd. wohl in den Grenzen der Fehlerquellen liegt. Am Abende des 13. Tages erfolgte der Anfall, folglich hätte man am Morgen, also etwa $^1/_2$ Tag vorher, aus dem Körpergewicht allein den Anfall vorhersagen können. Während des Anfalles fiel das Körpergewicht rapid, blieb aber plötzlich am 16. Tage unverändert, was wiederum die Möglichkeit bot, den Temperaturabfall einen Tag vorher zu bestimmen. Am Tage der Krisis fiel das Körpergewicht um 6 russ. Pfunde, augenscheinlich unter dem Einflusse des Durchfalls am 17. und des kritischen Schweisses am 18. Krankheitstage. Hier sei noch bemerkt, dass der Durchfall am Vorabend der Krisis gleichsam auch den Temperaturabfall voraus verkündete.

Wenn wir jetzt dem Harne unsere Aufmerksamkeit zuwenden, so können wir das spec. Gewicht und die tägliche Menge desselben unberücksichtigt lassen, da diese beiden einander entgegengesetzt sind; betrachten wir lieber gleich die Menge der festen Bestandtheile des Harns, welche direct vom spec. Gewichte wie von der täglichen Harnmenge abhängig ist. Vom 9. bis zum 11. Krankheitstage schwankte das Gewicht der festen Bestandtheile des 24stündigen Harns zwischen 28,0—23,0; am 12. Tage betrug dasselbe 43,0 und am 13. 50,0. Wir erwarteten jetzt den Anfall, der auch am Abend des 13. Tages eintrat, nachem wir ihn schon vor $1^1/_2$ Tagen vorherbestimmen konnten. Am 15. Tage, d. h. am 3. Fiebertage fiel diese Zahl auf 39,0, nachdem sie am vorhergehenden Tage 70,0 betragen hatte, — dieses gab uns die Möglichkeit, 3 Tage vorher die Krisis zu prophezeien. Am 16. und 17. Krankheitstage stieg das Gewicht der festen Harnbestandtheile von 23,0 auf 39,0 (cf. Curve № 1 und Tabelle № 1), wodurch wir eine Temperaturerhöhung erwarten konnten, die auch am folgenden Tage eintrat (um 1,4° C., wenn man die Morgentemperaturen vergleicht).

Besonders interessant erscheint uns in unserer Tabelle die letzte Reihe, welche in Decigrammen das Verhältniss der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht demonstrirt, interessant deshalb, weil diese Zahlen aus 3 gegebenen Grössen, dem Körpergewicht, der täglichen Harnmenge und aus dem spec. Gewichte des Harns resultiren. Wir sehen, dass diese Zahl vom 9. bis zum 11. Tage zwischen 0,5 und 0,6 schwankte, am 12. Tage, d. h. am Vorabende des Anfalles, aber auf 0,8 stieg, was $1^1/_2$ Tage vor seinem Eintritt den Anfall erwarten liess. Am 13. Krankheitstage, d. h. am ersten Fiebertage, stieg die Zahl auf 0,9, am 14. Tage auf 1,2, um am 15. Krankheitstage plötzlich auf 0,6 zu fallen; dadurch liess sich die Krisis schon 3 Tage vorher vorausbestimmen. Am 16. Tage fiel diese Zahl auf 0,4, erhob sich aber am 17. Tage bis auf 0,7, was eine Steigerung der Temperatur erwarten liess. (Unterschied zwischen den Morgentemperaturen 1,4° C.).

Die bis jetzt betrachteten Grössen geben alle, mit einer grossen Uebereinstimmung unter sich, die Möglichkeit, das Steigen und Sinken der Temperatur bei den einzelnen Anfällen vorauszubestimmen; fügt man noch hinzu, dass vor den Anfällen häufig Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber und Milz constatirt wird, so sehen wir, dass wir an Anzeichen zum Vorausbestimmen der einzelnen Anfälle nicht Mangel leiden. Auf das Vorausbestimmen der Anfälle vermittelst der Temperaturschwankungen während der Apyrexie (Motschutkowski) wollen wir weiter unten zurückkommen.

Vom 18. bis zum 31. Krankheitstage, im Verlaufe von 2 Wochen kam nach gewöhnlichen Dafürhalten kein Anfall vor, während die Curve der festen Harnbestandtheile stetig im Steigen begriffen war, was durch die stetige Körpergewichtszunahme unseres Kranken erklärt werden kann. Doch diese Curve macht zuweilen solche Sprünge, dass ein Anfall erwartet werden konnte, da aber keiner eintrat, so musste man diese Schwankungen als Ausnahme von unserer Regel betrachten; aber in der That bestätigten diese Ausnahmen nur die Regel. Wir sehen auf der Curve № 1 und Tabelle № 1 die Menge der festen Harnbestandtheile von 19,0 auf 20,0 und die Anzahl der Decigramme pro Kilo Körpergewicht von 4 auf 6 sich erheben; die Morgen-Temperatur stieg von 35,0 auf 36,2° C. und die Abend-Temperatur von 35,0 auf 36,5° C., was einen wesentlichen Unterschied ausmacht. Verfolgt man ferner die Tage vom 20. bis zum 23. Krankheitstage, so betrug das Gewicht der festen Harnbestandtheile 23,0, 38,0, 39,0 und 34,0, die Zahl der Decigramme der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht für diese Tage 4, 7, 7 und 6; die Morgentemperaturen waren 36,2, 36,4, 37,0 und 36,5, und die Abendtemperaturen 36,6, 36,0, 37,0 und 37,2. In diesen 4 Tagen ähneln die Zahlen für die festen Harnbestandtheile und für die Temperatur vollkommen einem Anfalle, wobei die Zahlen der ersteren früher steigen als die der Temperatur, so dass man in diesem Sinne von Recurrens-Anfällen sprechen konnte, die sichnicht in fieberhaften Temperaturen im gewöhnlichen Sinne documentirten; übrigens kennen wir häufig nicht die fieberhaften Temperaturen für einen jeden Kranken, da wir seine normalen Temperaturen in gesundem Zustande nicht kennen. Schwanken bei einem gesunden Menschen die Temperaturen zwischen 36,0° und 36,5°, so müssen Temperaturen zwischen 37,0 und 37,5° bei ihm schon als fieberhafte gelten.

Wenden wir uns jetzt wieder zu unserer Curve und Tabelle № 1, so finden wir für die Mengen der festen Harnbestandtheile am 25., 26. und 27. Krankheitstage die Zahlen 40,0 57,0 und 47,0 verzeichnet, für die Anzahl der Decigramme pro Kilo Körpergewicht 7, 10 und 8; die Temperaturen betrugen

am Morgen 36,8; 37,0; 36,6;
am Abend 36,6; 37,0; 36,9;

d. h. wir finden hier wiederum in all diesen Zahlen einen Anfall ähnlichen Verlauf, wobei die Veränderungen der Mengen der festen Harnbestandtheile denen der Temperatur um 24 Stunden vorausgehen. Es sei noch bemerkt, dass die Zahlen für die festen Harnbestandtheile dem vorhergehenden Tage angehören und nur zum Theil dem Tage, für den dieselben notirt sind, da die tägliche Harnmenge von 9 Uhr Morgens bis 9 Uhr Morgens gesammelt wurde und für den letzteren Tag sowohl in der Curve wie in der Tablle verzeichnet ist.

Endlich waren für die 4 letzten Krankheitstage die Zahlen für die festen Harnbestandtheile und die Temperaturen folgende:

Die festen Harnbestandtheile	49,0,	56,0,	58,0,	47,0
pro Kilo Körpergewicht . .	0,8,	0,9,	1,0,	0,8
Morgen-Temperatur . . .	36,6,	36,0,	36,6,	36,2
Abend-Temperatur	36,7,	36,7,	37,3,	—

Diese Zahlen stellen auch gleichsam einen Anfall ähnlichen Verlauf vor, wobei wiederum die Zahlen für die Harnbe-

standtheile früher steigen als die der Temperatur und auffallend erscheint noch, dass diese gleichsam verdeckten Anfälle je 4 Tage dauern, also ebenso lange wie die ersten Anfälle gedauert haben.

Die oben angeführten Daten prätendiren gewiss nicht auf eine mathematische Genauigkeit, die für unsere Zwecke auch entbehrlich ist. Uns kommt es nur darauf an die Idee in ihren allgemeinen Zügen zu erfassen und dazu reichen unsere Zahlen vollkommen aus, wenn dieselben nur in so weit genau sind um uns anzuzeigen, wenn bestimmte Grössen steigen oder fallen oder wenn dieselben unverändert bleiben. Wir zweifeln nicht, dass unsere Zahlen diesen Anforderungen entsprechen. Wir wollen noch hinzufügen, dass zur Zeit dieser verdeckten Anfälle, die ohne Fiebertemperatur verliefen, das Körpergewicht und der Puls augenscheinlich denselben Gesetzen unterlagen, wie zur Zeit der ersten Anfälle; es ist aber selbstverständlich, dass diese Veränderungen hier nicht so deutlich und markirt erscheinen, wie zur Zeit der echten Anfälle, weshalb wir dieselben auch nicht weiter berücksichtigen wollen. Das Fallen des Körpergewichts in den 3 letzten Tagen lässt sich vollkommen aus dem Verschwinden der Oedeme des Gesichtes, der Hände und der Füsse erklären.

Jetzt wollen wir betrachten in wie fern unsere Schlüsse auch bei anderen Rucurrens-Kranken ihre Berechtigung bewahren.

Der folgende Kranke dessen kurze Krankengeschichte wir dem Leser mitzutheilen gedenken ist Jacob Mellet 18. a. n., Bauer, seiner Beschäftigung nach Tischler, luth. Confession, gebürtig aus Livland; er trat am 4. Tage der Erkrankung ins Hospital. Bis zur gegenwärtigen Krankheit hat er sich stets einer guten Gesundheit erfreut; blos vor 4 Jahren haben ihm die «Füsse geschmerzt». Der Kranke ist von mittlerer Grösse, dem Anscheine nach von nicht sehr kräftigem Körperbau, genügend guter Ernährung und erscheint etwas verweichlicht. Bis zu dieser Krankheit hat er sich besser genährt als im Durchschnitt der gewöhnliche Arbeiter und Handwerker, hatte z. B. häufig Gelegenheit Fleisch zu essen und Thee zu trinken. Gegen alle Symptome seiner jetzigen Krankheit war er sehr empfindlich.

Was den klinischen Verlauf der Krankheit betrifft, so handelt es sich auch hier um einen typischen Fall von Febr. recurrens. Die Anfälle begannen mit einem starken Schüttelfrost und starker Hitze, mit Kopfschmerzen und Schmerzen im ganzen Leibe, besonders in den Extremitäten; auf der Höhe des Anfalles waren Milz und Leber bedeutend geschwellt und schmerzhaft. Die Milzdämpfung auf der Höhe der 7. Rippe, die Leberdämpfung auf der Höhe der 6. Rippe und beide ragten um einen Finger breit unter dem Rippenrande hervor. Das Ende des Anfalles erschien gewöhnlich in Begleitung von grosser Schwäche und von starken Schweissen; die übrigen Daten sind auf der Tabelle und Curve № 2 verzeichnet.

Wie aus den besonderen Notizen (Tabelle № 2) ersichtlich ist, so litt unser Kranker ziemlich häufig an Durchfällen und in den ersten 3 Tagen nach dem Eintritt ins Hospital war sogar eine Schmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend auf Druck bemerkbar.

Zur Zeit der ersten Apyrexie war die Zunge schwach, dagegen zur Zeit der Anfälle stark belegt; während der Anfälle fehlte jeglicher Appetit, der Durst dagegen war vermehrt. Das sind in Kürze die wesentlichen klinischen Merkmale, die unser Kranker darbot.

Betrachten wir nun die Tabelle № 2 hinsichtlich des Vorausbestimmens, so finden wir Folgendes:

Am 5. Tage der Erkrankung zählte man am Morgen 120 Pulsschläge, während am vorhergehendem Tage 100 gezählt worden waren, welcher Umstand uns eine Temperatursteigerung erwarten liess und in der That betrug die Abendtemperatur desselben Tages 40,2 nachdem sie am Abend des vorhergehenden Tages bis 39,5 gestiegen war. Am folgenden Tage stieg der Puls auf 132 bei einer Morgentemperatur von 39,9; man sollte darnach eigentlich eine bedeutende Steigerung der Abendtemperatur erwarten, jedoch gleich am Morgen trat die Krisis ein und am Abend betrug die Temperatur 37,0°. Ob dieser Umstand eine Ausnahme von unserer Regel darstellt, überlassen wir dem Leser zur Beurtheilung und wollen nur hinzufügen was im Krankenbogen notirt ist: Am 6. Krankheitstage machte der Puls während des Schweisses 132 Schläge, am Morgen hatte Pat. einen Schüttelfrost und darauf starken Schweiss; bis zum Auftreten des Schweisses delirirte der Kranke stark. Daraus sieht man in welchem gefährlichen Zustande der Pat. sich befand und der Puls von 132 war blos der Ausdruck einer grossen Herzschwäche. Wir möchten noch die Aufmerksamkeit des Lesers auf die Morgentemperatur des 6. Tages richten, die höchste aller Morgentemperaturen während der ganzen Krankheit, woraus die hohe Pulsfrequenz leicht erklärlich ist, wenngleich dieselbe eine Ausnahme von unserer Regel darstellt.

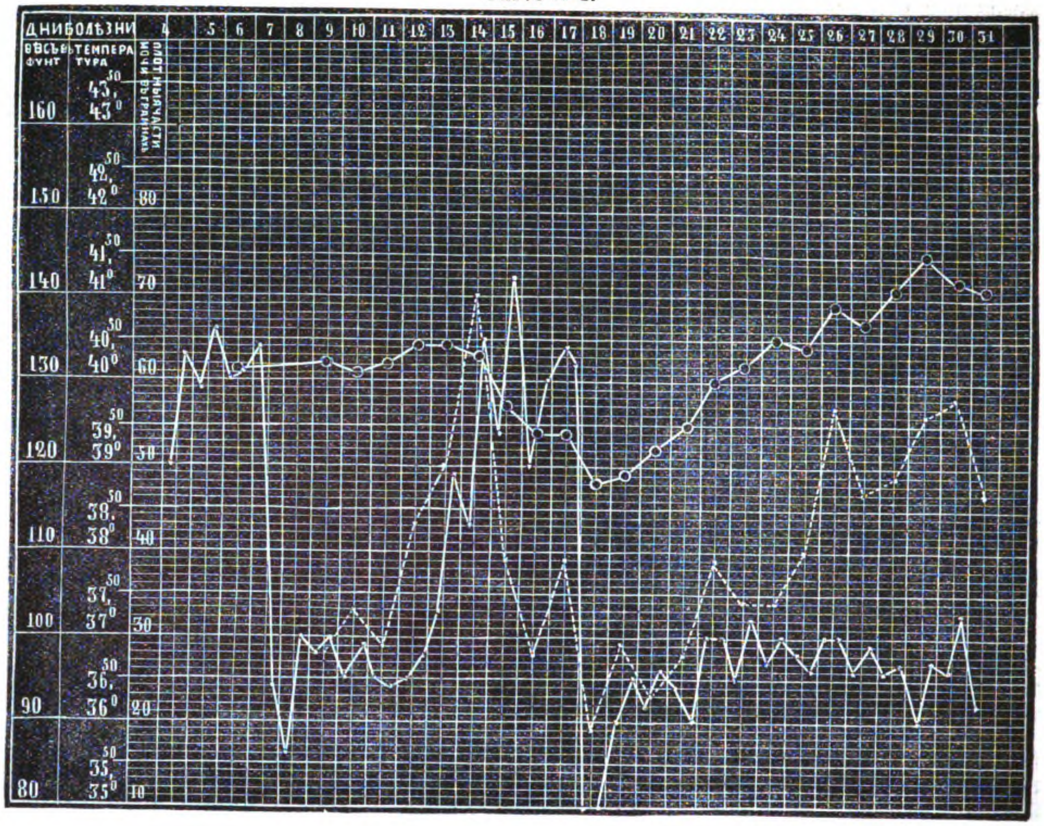
Verfolgen wir weiter den Puls, so finden wir ihn am zweiten Tage der Apyrexie (am 8. Krankheitstage) auf 72 Schläge gefallen und bis zum nächsten Anfalle am Morgen 60 in der Minute betragen und erst am Tage des Anfalls auf 108 steigen. Dieser Anfall konnte aus dem Verhalten des Pulses nicht vorausbestimmt werden, zumal die Pulsfrequenz leider nur einmal des Tages und zwar am Morgen notirt wurde. Am 2. Tage des Anfalles war der Puls 120, aber weder an diesem noch am folgenden Tage war eine besondere Veränderung der Temperatur zu bemerken; im Krankenbogen finden wir die Notiz, dass am Morgen der Kranke einen Schüttelfrost hatte. (c. f. Tabelle 2). Am 15. Krankheitstage betrug die Pulsfrequenz 108, d. h. sie war bedeutend gefallen, was einen Abfall der Temperatur erwarten liess, der am Morgen des anderen Tages auch erfolgte (38,3); dieser Temperaturabfall war von Durchfall begleitet und der Kranke machte so zu sagen eine Krisis im verkleinerten Maassstabe durch, wo der Schweiss durch den Durchfall ersetzt wurde. Am 16. Tage der Krankheit betrug die Pulsfrequenz 120 bei einer Morgentemperatur von 38,3 und dieser Pulserhöhung folgte am Abend eine Temperatursteigerung bis 41,1°, also um 2,8°, im Vergleich zur Morgentemperatur. Am 17. Tage war die Krisis: der Puls war 84, aber schon am 18. Krankheitstage stieg er am Morgen bei einer Temperatur von nur 38,0° auf 120 Schläge; dieses schnelle Steigen des Puls kündete gleichsam die Abend-exacerbation von 39,8 an; damit war der 2. Anfall beendigt. Der Puls fiel noch die 3 folgenden Tage bis er schliesslich auf 48 Schläge in der Minute sank, dann auf 60—72 stieg und so gleichsam die Norm erreicht hatte.

Aus allem oben Gesagten lässt sich hinsichtlich des Pulses der allgemeine Schluss ziehen, dass die Herzthätigkeit, bei beginnender Erkrankung des Organismus oder bei Steigerung einer schon bestehenden Krankheit, sich als ein viel empfindlicheres Reagens erweist als das Thermometer. Durchmustern wir die Körpergewichtszahlen so sehen wir dieselben vom 8. bis zum 10. Krankheitstage unverändert bleiben; an den beiden folgenden Tagen hob sich das Körpergewicht etwas, fiel aber am 13. Krankheitstage zum ersten Mal während dieser Apyrexie um 1 Pfund, so dass man ohne die Temperaturcurve vor sich zu haben sagen konnte, entweder beginnt der Anfall oder er hat schon begonnen, was auch am Morgen desselben Tages erfolgte. Darauf sank das Körpergewicht während dieses 2. Anfalles rapid, blieb aber im Verlaufe des 17. und 18. Krankheitstages ohne Veränderung, woraus wiederum, ohne die Temperaturcurve zu berücksichtigen, für heute oder morgen das Ende des Anfalls vorausbestimmt werden konnte und wirklich am folgenden Tage, also am 19. Krankheitstage, war der Anfall zu Ende. Im Verlaufe der beiden ersten Apyrexie-Tage fiel noch das Körpergewicht und betrug am 20. Krankheitstage 138 Pfund, worauf es dann schnell zuzunehmen begann.

Wenden wir uns nun zum täglichen Quantum aller festen Bestandtheile des Harns, so sehen wir dasselbe am 13. Krank-

Curve № 1.

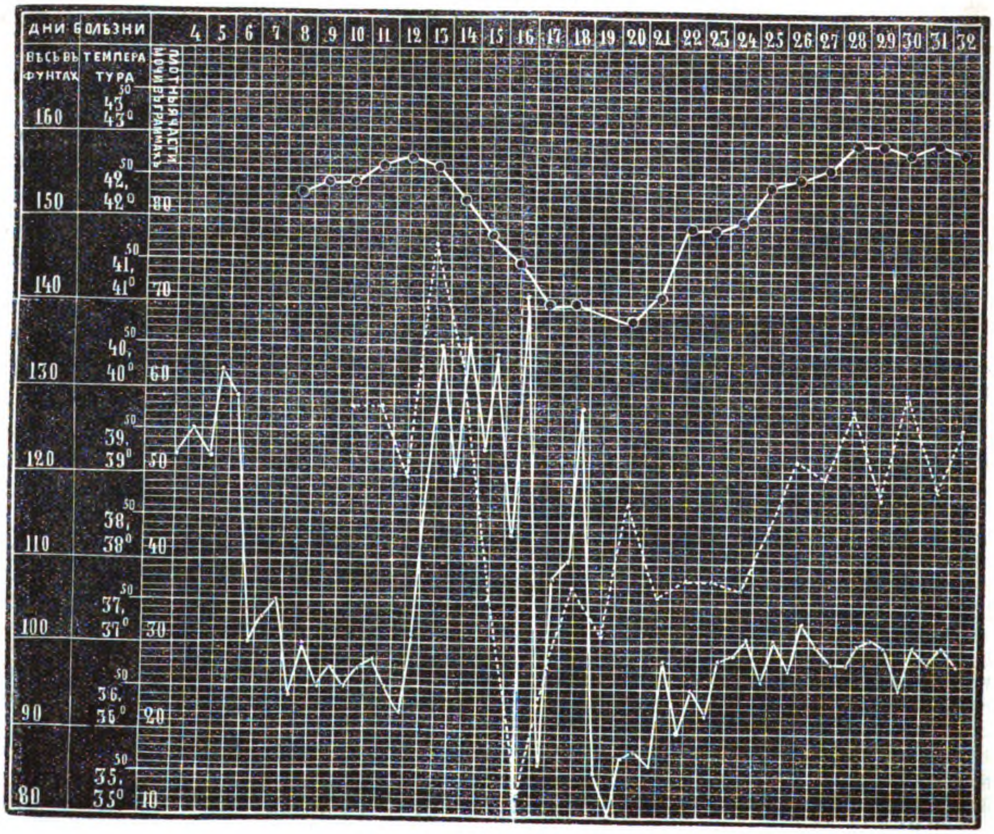
Febris recurrens. D. Nikiforow, 21 a. n., trat in's Hospital den 26. September und verliess dasselbe am 23. October 1883.



Die Linie mit kleinen Kreisen bedeutet das Körpergewicht, die punctirte die festen Harnbestandtheile, die einfache Linie die Temperatur.

Curve № 2.

Febris recurrens. Jacob Mellet, 18 a. n., trat ins Hospital den 29. September und verliess dasselbe den 27. October 1883.



Die Linie mit kleinen Kreisen bedeutet das Körpergewicht, die punctirte die festen Harnbestandtheile, die einfache Linie die Temperatur.

Die oberste Zahlenreihe giebt die Krankheitstage, die erste Rubrik das Körpergewicht in Pfunden, die zweite die Temperatur, die dritte die festen Harnbestandtheile in Gramm.

Tabelle № 1. (Febris recurrens),

Krankheitstage.	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Temperatur { Morgens	39°	39,9	40,0	40,4	35,6	36,8	36,5	36,5	36,5	37,3	38,3	39,3	39	40,4	35	36,2	36,2	36,4	37	36,5	36,7	36,8	37	36,6	36,6	36	36,6	36,2
Temperatur { Abends	40,3°	40,6	40,1	36,4	37	37	36,9	36,4	36,8	38,9	40,5	41,2	40	40,2	35	36,5	36,6	36	37	37,2	37	36,6	37	36,9	36,7	36,7	37,3	—
Morgenpuls im Liegen	100	100	—	—	90	—	72	48	60	72	72	84	96	84	72	60	—	60	60	60	72	60	72	—	—	84	72	72
Körpergewicht in Pfunden	—	—	$131\frac{3}{4}$	—	—	132	131	$132\frac{3}{4}$	$134\frac{1}{4}$	134	133	127	$124\frac{1}{2}$	$124\frac{1}{4}$	$118\frac{1}{4}$	119	$122\frac{1}{4}$	125	130	$132\frac{1}{2}$	135	$134\frac{3}{4}$	139	$137\frac{3}{4}$	$141\frac{1}{2}$	145	142	$141\frac{1}{4}$
Die täglichen Schwankungen im Körpergewichte (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme des Körpergewichts)	—	—	—	—	—	—	—1	$+1\frac{3}{4}$	$+1\frac{1}{2}$	$-\frac{1}{4}$	—1	—6	$-2\frac{1}{2}$	$-\frac{1}{4}$	—6	$+\frac{3}{4}$	$+3\frac{1}{4}$	$+2\frac{3}{4}$	+5	$+2\frac{1}{2}$	$+2\frac{1}{2}$	$-\frac{1}{4}$	$+4\frac{3}{4}$	$-1\frac{1}{4}$	$+3\frac{1}{4}$	$+3\frac{1}{2}$	—3	$-\frac{1}{2}$
Die 24stündige Harnmenge in Cc.	—	—	—	1500	—	800	1000	1250	2150	3100	3000	2800	700	1550	800	750	600	1000	1500	1250	1600	1750	2200	2500	1900	2000	2550	2500
Das spec. Gewicht des Harns	—	—	—	1011	—	1015	1014	1010	1010	1007	1010	1006	1014	1011	1010	1017	1017	1015	1011	1012	1009	1010	1011	1008	1011	1012	1010	1008
Die tägliche Menge aller festen Harnbestandtheile in Grammen	—	—	—	—	—	28	33	29	43	50	70	39	23	39	19	29	23	38	39	34	34	40	57	47	49	56	58	47
Die täglichen Schwankungen in der Menge der festen Harnbestandtheile (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme)	—	—	—	—	—	—	+5	—4	+15	+7	+20	—31	—16	+16	—20	+10	—6	+15	$+1\frac{1}{2}$	—5	0	+6	+17	—10	+2	+7	+2	—11
Anzahl der Decigramme der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht am entsprechenden Tage	—	—	—	—	—	5	6	5	8	9	12	6	4	7	4	6	4	7	7	6	6	7	10	8	8	9	10	8
Besondere Bemerkungen:	—	—	—	Starker Schweiss	Gleichfalls	—	—	—	—	—	—	—	—	Mässiger Durchfall	Starker Schweiss	—	—	—	Mässiges Oedem des Gesichts, der Hände u. Füsse	Gleichfalls	Gleichfalls	Gleichfalls	Gleichfalls	Das Oedem nimmt etwas zu	Gleichfalls	Gleichfalls	Das Oedem kaum bemerkbar	Gleichfalls

Tabelle № 2. (Febris recurrens).

Krankheitstage.	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Temperatur { Morgens	39,2	39,2	39,9	37,3	36,4	36,5	36,5	36,8	36,2	39,0	39,0	39,3	38,3	35,6	38,0	35,5	35,7	35,6	36,0	36,2	36,9	36,6	36,7	37,0	36,7	37,1	36,5	36,8	36,8
Temperatur { Abends	39,5	40,2	37,0	37,5	37,0	36,7	36,7	36,5	37,1	40,5	40,6	40,4	41,1	37,8	39,8	35,0	35,8	36,8	36,5	36,8	37,1	37,1	37,3	36,7	37,0	37,0	37,0	37,0	—
Morgenpuls im Liegen	100	120	132	—	72	60	60	60	60	108	120	108	120	84	120	72	60	48	60	60	—	—	72	60	60	60	60	72	72
Das Körpergewicht in Pfunden	—	—	—	—	$153\frac{1}{2}$	154	154	156	157	156	152	$148\frac{1}{2}$	145	$140\frac{1}{2}$	$140\frac{1}{4}$	—	138	$141\frac{1}{2}$	149	149	$150\frac{1}{2}$	154	$155\frac{1}{2}$	$156\frac{3}{4}$	159	$159\frac{1}{2}$	$158\frac{1}{2}$	$159\frac{1}{4}$	$158\frac{1}{2}$
Die täglichen Schwankungen im Körpergewicht (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme des Körpergewichts)	—	—	—	—	—	$+\frac{1}{2}$	0	+2	+1	—1	—4	$-3\frac{1}{2}$	$-3\frac{1}{2}$	$-4\frac{1}{2}$	$-\frac{1}{4}$	—	—	$+3\frac{1}{2}$	$+7\frac{1}{2}$	0	$+\frac{1}{2}$	$+3\frac{1}{2}$	$+1\frac{1}{2}$	$+1\frac{1}{4}$	$+2\frac{1}{4}$	$+\frac{1}{2}$	—1	$+\frac{3}{4}$	$-\frac{3}{4}$
Die 24 stündige Harnmenge in Cc.	—	—	—	—	—	—	1000	1100	1200	2200	1900	900	250	650	1050	1200	2000	1100	900	2050	2300	2100	2500	2450	2500	2300	2350	2150	2000
Das spec. Gewicht des Harns	—	—	—	—	—	—	1025	1023	1018	1015	1014	1017	1021	1018	1016	1011	1010	1014	1018	1009	1007	1009	1009	1009	1010	1009	1011	1010	1012
Die tägliche Menge aller festen Harnbestandtheile in Grammen	—	—	—	—	—	—	58	58	50	77	63	35	12	27	37	31	47	36	38	38	37	44	52	50	58	48	60	49	56
Die tägl. Schwankungen in d. Menge d. festen Harnbestandth. (+ Zunahme, — Abnahme)	—	—	—	—	—	—	—	0	—8	+27	—14	—28	—23	+15 (?)	+10	—6	+16	—11	+2	0	—1	+7	+8	—2	+8	—10	+12	—11	+7
Die Zahl der Decigramme der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht am entsprechenden Tage	—	—	—	—	—	—	9	9	8	12	10	6	2	5	6	—	8	6	6	6	6	7	8	8	9	7	9	7	—
Besondere Bemerkungen.	Mässig starker Durchfall.	Der Durchfall nimmt ab.	Morg. Delirium u. Schüttelfrost danach starker Schweiss.	Unbedeutender Durchfall u. Schw.	Unbedeutender Durchfall.	Alles normal.	Stark. Bodens. harnsaur. Salze im Harn.	—	—	Fast d. ganze Nacht hindurch Schüttelfr.	Morgens Schüttelfrost.	Seit d. Nacht zieml. starker Durchfall.	Durchfall ziemlich stark.	Nachts gleichfalls starker Durchfall.	Am vorig. Abend begann d. Anf. m. Hitze	Ende d. Anfalles ohn. Schweiss u. Durchf.	Alles normal.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Mässiges Knöchel-Oedem.	Alles normal.	Gleichfalls.	Gleichfalls.	Gleichfalls.

heitstage 77 Grm. betragen, während dasselbe am vorhergehenden Tage 50 Grm. betrug, und an demselben Tage begann auch der Anfall. Dieses widerspricht gar nicht unserer Regel, obgleich man den Anfall hier nicht voraussagen konnte, da die hohe Zahl für das tägliche Quantum der festen Harnbestandtheile und der Beginn des Anfalls an ein und demselben Tage constatirt werden konnte. Am 15. Krankheitstage wurden 35 Grm. fester Harnbestandtheile gefunden gegen 63 Grm. am vorhergehendem Tage; das Sinken dieser Curve ging dem Sinken der Temperaturcurve bis 38,3 um 24 Stunden voraus. Am Morgen des 16. Krankheitstages erhielten wir blos 12 Grm. fester Harnbestandtheile, was wiederum einem Sinken der Temperaturcurve bis 35,6 um 24 Stunden vorausging. Am 17. Krankheitstage, am Tage der Krisis, stieg die Menge der festen Harnbestandtheile bis auf 27 Grm., obgleich der Kranke an diesem Tage an starkem Durchfalle litt, stark schwitzte und nach den Aussagen des Kranken selbst und der Umgebung nicht aller Harn aufgesammelt wurde. Diese so schnelle Zunahme der festen Harnbestandtheile am Tage der Krisis liess noch eine kurze Fiebersteigerung erwarten, obgleich dieselbe gar nicht vermuthet werden konnte, da eine deutlich ausgesprochene Krisis schon erfolgt war. Am 20. Krankheitstage endlich betrug die Menge der festen Harnbestandtheile 47,0 gegen 31,0 am vorhergehenden Tage und dem Steigen dieser Zahl folgte am nächsten Tage eine Temperaturerhöhung um 1° C., wenn man die Abend-Temperatur des 20. mit dem 21. (35,8—36,8) Krankheitstage vergleicht. Die weitere Zunahme der festen Harnbestandtheile war eine allmälige und wenn auch ziemlich schnelle, so doch ohne deutliche Sprünge und entsprechend der ziemlich schnellen Körpergewichtszunahme unseres schon reconvalescenten Kranken. Was endlich die letzte Rubrik unserer Tabelle betrifft (Zahl der Decigramme fester Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht), so genügt schon ein Blick auf dieselbe um sich zu überzeugen, wie auch diese Daten das bestätigen was wir von der Menge der festen Harnbestandtheile hinsichtlich der Möglichkeit, den Beginn und den Abfall der Anfälle bei der Febr. recurrens vorauszubestimmen, gesagt haben.

Daraus sehen wir, wie eine grössere oder geringere Zunahme resp. Verminderung der festen Harnbestandtheile anzeigt, dass eine mehr oder weniger grosse Temperaturschwankung nach der einen oder der anderen Seite hin, bevorsteht. Wir wollen hoffen, dass keiner von den Lesern in den Fehler verfällt blos nach den absoluten Zahlen der Schwankungen schliessen zu wollen. Es darf natürlich nur nach den relativen Zahlen geschlossen werden. Diese relativen Unterschiede (d. h. die täglichen Schwankungen procentisch ausgedrückt) haben wir nicht weiter angeführt, da dieselben unsere Tabellen nur unnütz complicirter gemacht hätten, ohne dabei deutlicher die Sache zu demonstriren als dieselbe schon durch die Curven der Tabelle 1 und 2 zu sehen ist. Was endlich das Verhältniss zwischen den Grössen der Temperatur der festen Harnbestandtheile, dem Köpergewicht und den andern Zahlen der Tab. 2 und Curve 2 im Stadium der Reconvalescenz betrifft, so gilt von denselben das schon beim Besprechen unseres ersten Kranken Gesagte; d. h. dass zwischen ihnen dasselbe Verhältniss bestand, wie zur Zeit der Fiebertage.

Wir glauben es ist genügend blos diese beiden Fälle ausführlich anzuführen, um den Leser mit den Hauptschlussfolgerungen bekannt zu machen, die wir aus eigener Beobachtung von 40 Recurrenskranken gewonnen haben.

(Schluss folgt).

Referate.

Th. Openchowski: Ein Beitrag zur Lehre von den Herznervenendigungen. (Dorpater Inaug.-Dissert. 1884).

Die vorliegenden Untersuchungen sind im anatomischen Institut zu Strassburg ausgeführt worden und beziehen sich auf die Nervenendigungen im Herzen des Frosches, der Eidechse und des Triton. Sie lassen zunächst die Frage nach dem Zusammenhang der im Muskelfleisch des Herzens verlaufenden feinsten Nervenfasern mit den an der Eintrittsstelle der Nervi cardiaci, sowie in der Vorhofsscheidewand und im Septum atrio-ventriculare gelegenen automatischen Herzganglien unerörtert, und befassen sich nur mit den genannten Nervenfasern. Dieselben bilden nach den Untersuchungen des Verf. äusserst reichliche, netzförmig anastomosirende Nervenverzweigungen, welche die gesammte Muskulatur des Herzens durchsetzen, und den s. g. Grundplexus bilden. Markhaltige aus dem Vagus stammende Nervenfasern gelangen bis zu dem Grundplexus, verlieren hier jedoch ihre Markscheide und betheiligen sich an der Bildung desselben. Vom Grundplexus aus gehen feinste terminale Fasern direct zu den quergestreiften Muskelzellen des Herzfleisches, und endigen hier mit einer deutlichen Anschwellung («Endknötchen, tache terminale») welche unmittelbar der betreffenden Muskelzelle anliegt, und mit der isotropen Substanz derselben in Verbindung zu stehen scheint. Mit dem Kern der Muskelzelle haben diese Nervenendknötchen nichts zu thun. Eine jede Muskelzelle erhält auf diese Weise eine besondere Nervenendigung. Eine lithographische Tafel illustrirt die mikroskopischen Verhältnisse.

D—o.

Oskar Israel: Ueber die Cultivirbarkeit des Actinomyces. (Virchow's Archiv. Bd. 95, S. 140).

I. ist es gelungen den Actinomyces auf künstlichem Nährboden zum Wachsen und zur Fortpflanzung zu bringen. Als geeignetes Nährmaterial diente coagulirtes Rinderserum. Die Versuche erstrecken sich auf viele Wochen, da das Wachsthum des Pilzes sehr langsam vor sich geht. Die Entwickelung desselben erfolgt derart, dass sich um die Aussaat ein sehr dünner sammetartig rauher, leicht trocken aussehender Rasen auf der glänzenden Oberfläche des Coagulum ausbreitet, der bei schräg auffallendem Licht deutlicher, bei durchfallendem sehr leicht zu sehen ist, in und um den sich mit der Zeit, doch gewöhnlich nicht vor 14 Tagen, kleine Knötchen deutlich machen.

Mikroskopisch stimmen die in den Culturen enthaltenen Vegetationen völlig mit den im Thierkörper auftretenden überein, abgesehen von der Verkalkung, die in den Culturen nicht eintritt.

Ausser sehr zahlreichen Sporen, welche mit denen mancher Schimmelpilze übereinzustimmen scheinen, sieht man einen dichten Wald der bekannten keulenförmigen Mycelien in der typischen centrifugalen Anordnung.

β.

A. Birmbacher (Graz): Ueber Pigmentirung melanotischer Sarcome. (Centralblatt für prakt. Augenheilkunde, 1884. Februar).

Verf. demonstrirt an einem Falle von epibulbärem melanotischem Sarcom, in welchem bei der mikroskopischen Untersuchung weder ein Zusammenhang des Tumors mit der Uvea, noch das Vorhandensein pigmentführender Zellen im Scleralgewebe nachweisbar war, die rein hämatogene Natur des Tumorpigments. Um rothe Blutkörperchen innerhalb des Sarcomgewebes und wenn möglich Trümmer derselben deutlich sichtbar zu machen, griff Verfasser zu der von Weigert angegebenen Färbungsmethode (Centralblatt f. d. med. Wiss. 1882 №№ 42 und 43). — Als Färbungsflüssigkeit dient eine concentrirte Lösung von Säure-Fuchsin in Wasser, zur Auswaschung alkalischer Alcohol.

Hierbei treten die rothen Blutkörperchen und deren Rudimente in rubinrother Farbe gegen das im übrigen blauviolette Gewebe deutlich hervor. Mittels dieser Methode konnte Verf. viele runde und polygonale Geschwulstzellen beobachten, welche unveränderte und noch mit Farbstoff versehene rothe Blutkörperchen in ihr Protoplasma aufgenommen hatten. Andere Sarcomzellen enthielten nur Rudimente von rothen Blutkörperchen, noch andere zeigten neben rothen Blutkörperchenrudimenten feine lichtrothbraune Pigmentpünctchen, und endlich fanden sich Zellen, welche ganz mit Pigmentpuncten angefüllt waren.

Einzelne rothe Blutkörperchen zerfallen ohne von den Geschwulstelementen aufgenommen zu sein in kleine Klümpchen, und liefern das ausserhalb der Zellen liegende, freie Pigment.

Den Ausgangspunct zur Pigmentirung bieten nachweisbar Circulationsstörungen im Tumor. Dieselben werden bedingt durch Einengung der Gefässbahnen durch ausgedehnte Wucherung der Gefässendothelien. Oberhalb solcher eingeengter Gefässbezirke kommt es zu Stauung und Diapedesis rother Blutkörperchen.

Steigert sich die Stauung bis zur völligen Stagnation — globulärer Stase, so kommt es zum Zerfall der angehäuften rothen Blutkörperchen und zur Umwandlung der Derivate derselben im Gefässlumen. Die in Proliferation begriffenen Endothelzellen nehmen die Zerfallsproducte der rothen Blutkörperchen leicht auf, wodurch das Auftreten des intravasculären Pigmentes und jene innerhalb der obliterirten Gefässtränge seine Erklärung findet.

Eine Betheiligung des im Auge normaliter sich findenden Pigmentes betrachtet Verfasser in dem von ihm bearbeiteten Falle in Folge der oben erwähnten Zusammenhangslosigkeit des Tumors mit der Uvea, und des Mangel jedes Scleralpigments als ausgeschlossen.

Die klinische Beschreibung des vom Verfasser bearbeiteten Tumors findet sich im Novemberheft des «Centralblatts für prakt. Augenheilkunde» 1883. L.

W. Bensengr: Einige Worte über Dosirung und Wirkungsweise des Santonins. (Med. Westn. 1884. 10. 11.)

Vrf. spricht sich gegen die in der russischen Pharmakopoe angegebene Maximaldose von 6 Gran pro die aus. Auf Grundlage einer 40jährigen Kinderpraxis empfiehlt er folgende Anwendungsweise. In 24 Stunden gebe man dem Kinde so viel Gran Santonin, als es Jahre zählt (!), und zwar 4 Tage hindurch. Er verschreibt 12 Pulver, deren jedes den vierten Theil der Tagesdosis beträgt und giebt davon am 1. Tage — 2 Pulver um 5—6 und 9 Uhr, am 2. und 3. Tage 4 Pulver um 8—9, 1, 5—6 und 9 Uhr, endlich am 4. Tage auf nüchternen Magen die letzten Pulver und eine halbe Stunde darauf Ricinusöl. N.

Otto Groth: Ueber die Schicksale der farblosen Elemente im kreisenden Blut. (Dorpater Inaug.Dissert. 1884.)

Die interessanten Resultate dieser aus dem Dorpater physiologischen Institut hervorgegangenen Arbeit schliessen sich direct an die früheren, unter der Leitung von Alex. Schmidt ausgeführten Untersuchungen an, durch welche festgestellt worden war, dass alle Arten von lymphoiden Zellen in Berührung mit Blutplasma einer Wechselwirkung unterliegen (Rauschenbach), gemäss welcher es zum Untergang der ersteren bei gleichzeitiger Abspaltung des Fibrinfermentes kommt, während gleichzeitig auch im letzteren bestimmte chemische, fermentative Veränderungen eintreten, deren Schlusseffect (ausserhalb des Organismus) die Fibringerinnung des Plasma ist. Ferner war es schon festgestellt, (Birk und A.), dass der Organismus die Kraft besitzt, selbst grosse Mengen von Fibrinferment, mögen sie von aussen in das circulirende Blut gebracht werden, oder innerhalb desselben entstanden sein, fast augenblicklich zu zerstören resp. irgendwie unwirksam zu machen. Es liesse sich daher wohl denken, dass auch innerhalb des Gefässsystems ein fortwährender Zerfall der Leucocythen stattfinde, wie ein solcher ausserhalb schon sicher constatirt ist. Dass es trotz dieses fortwährenden Zerfalles und der stetigen Abspaltung des Fibrinfermentes nicht zu Gerinnungen innerhalb des Gefässsystems kommt, würde sich dann blos durch die Kraft des Plasma das Ferment schon im Augenblick des Entstehung unwirksam zu machen, erklären lassen.

Es kam nun darauf an, die Frage zu beantworten, ob im circulirenden Blut fortwährend farblose Blutkörperchen zu Grunde gehen und in welcher Beziehung ihre Zerfalls- und Auflösungsproducte zur Faserstoffgerinnung stehen. Diese Aufgabe ist durch die vorliegende Arbeit in glänzender Weise gelöst worden.

Verf. verschaffte sich die nothwendigen Leucocythen durch Auspressen von frischen Lymphdrüsen, oder er verwandte den guten Eiter eines punctirten Empyems; um aber auch lebende Leucocythen zu gewinnen, sammelte er die Flüssigkeit aus den serösen Höhlen frisch geschlachteter Pferde und erhielt durch Centrifugiren dieser Flüssigkeit einen reichlichen Bodensatz noch lebender, noch beim Erwärmen sich bewegender lymphoider Zellen. Dieser Zellenbrei wurde mit einer $\frac{1}{2}\%$ Kochsalzlösung verdünnt und in die Vena jugularis der Versuchsthiere (Hunde und Katzen) injicirt, während durch eine in die Jugularvene der anderen Seite eingeführte Canüle das zu untersuchende Blut abgelassen werden konnte.

Gleich der erste Versuch bestätigte einen wesentlichen Theil der oben erwähnten Annahmen: Ein Hund, welchem verdünnter Zellenbrei aus Lymphdrüsen injicirt wurde, starb unter suffocatorischen Erscheinungen gleich nach der Injection und bei der sofort vorgenommenen Section fanden sich Thromben im rechten Herzen. Ganz furchtbar aber war die Wirkung der aus den serösen Höhlen des Pferdes gewonnenen lebenden Leucocythen. Der Tod trat momentan noch während der Injection der vergleichsweise kleinen Menge von Zellen ein und bei der Section zeigte sich ausser dem rechten Herzen auch die Pulmonalarterie mit ihren Zweigen und die beiden Hohlvenen ganz angefüllt mit festen Coagulis. Die Thatsache, dass durch Injection von Leucocythen intravasculäre Gerinnungen herbei geführt werden können, stand also fest, und ausserdem hatte sich gezeigt, dass lebende Leucocythen in dieser Hinsicht qualitativ ganz ebenso, quantitativ aber viel heftiger wirkten, als todte.

Die Zählung der im Blute der Versuchsthiere vor und nach der Injection vorhandenen Leucocythen ergab, dass die Zahl derselben nach der Injection nicht blos kleiner war als die berechnete Summe der injicirten und diejenige der im Blut normaliter vorhandenen Zellen zusammen betrug, sondern auch viel geringer war, als diese letztere allein, so dass sie häufig nur noch etwa 10% der letzteren ausmachte. Dieser Schwund der Leucocythen fand stets während der Injection statt. Mochte Verf. sich mit der zweiten, unmittelbar auf die Injection folgenden Blutabnahme noch so sehr beeilen, so dass die Zwischenzeit kaum eine Minute dauerte, niemals fand er die Zahl der farblosen Elemente in dieser Blutprobe auch nur gleich, geschweige höher, als einige Minuten früher im gesunden Blut.

Das sofort nach der Injection abgenommene Blut hatte seine normalen Eigenschaften auch in solchen Fällen, wo die Injection überstanden wurde und wo es nicht zu intravasculären Gerinnungen kam, dennoch in sofern verloren, als es total gerinnungsunfähig geworden war. Mit der Genesung hob sich die auf ein Minimum gesunkene Zahl der Blutkörperchen und die Gerinnungsfähigkeit kehrte allmälig wieder. Da nun aber die in den tödtlichen Fällen beobachteten plötzlich im Moment des Todes entstandenen ausgedehnten Thrombosirungen des rechten Herzens und seiner grossen Gefässe mit Nothwendigkeit auf plötzliche Gerinnungsvorgänge in der Blutmasse hinwiesen, so kam Verf. auf den Gedanken, dass der Gerinnungsunfähigkeit des Blutes ein, wenn auch nur ganz kurze Zeit dauerndes Stadium erhöhter Gerinnbarkeit vorhergehen müsse; und in der That, wenn das Blut aus der Jugularvene der einen Seite schon aufgefangen wurde, während auf der anderen Seite die Injection noch im Gange war und das Thier etwa erst die Hälfte der Injectionsflüssigkeit erhalten hatte, dann gerann das im Reagenzglase aufgefangene Blut *momentan*, während es sich noch im Glase ansammelte. Diese plötzliche bis zum Aeussersten gesteigerte Gerinnungsenergie des Blutes dauert aber nur wenige Minuten, oder nur Secunden, und es folgt dann ein ebenso plötzlicher Nachlass, bis zur völligen Gerinnungsunfähigkeit. Dieses gerinnungsunfähige Blut hat zugleich die Fähigkeit verloren das Protoplasma der Leucocythen weiter zu zerlegen und aufzulösen.

Auf die normalen, physiologischen Verhältnisse angewandt, lehren also diese Experimente, dass wahrscheinlich innerhalb des kreisenden Blutes die farblosen Blutkörperchen fortwährend vom Plasma zum Zerfall gebracht und aufgelöst werden. Von der Grösse dieses Zerfalles können wir uns nicht annähernd einen Begriff machen, dürfen ihn aber gewiss nicht zu niedrig anschlagen. — Dass diesem Zerfall ein fortwährender Ersatz durch Zufuhr von Leucocythen aus dem Ductus thoracicus parallel gehen muss, ist selbstverständlich. Das bei diesem Zerfall sich abspaltende Fibrinferment würde den Organismus gleichsam in die fortwährende Gefahr versetzen, an intravasculären Gerinnungen zu Grunde zu gehen, wenn das circulirende Plasma nicht die Fähigkeit hätte, auch grosse Mengen des Fermentes sogleich bei seiner Entstehung zu zerstören und unschädlich zu machen. Die künstlich ins Blut gebrachten Leucocythen schwinden in demselben mit einer fast explosionsartigen Schnelligkeit, aber nicht blos die fremden, sondern mit ihnen auch der grösste Theil der eigenen Leucocythen unterliegt diesem plötzlichen Schwunde. Erhöhte Neigung des Blutes zu gerinnen, bis zur Thrombenbildung im Gefässsystem, und erhöhter vitaler Fermentgehalt fällt mit dem Schwunde der Leucocythen zusammen. Aber diese Veränderung des Blutes währt nur einen Augenblick und schlägt sogleich, falls es nicht bis zur wirklichen Gerinnung und zum Tode des Thieres kam, in ihr Gegentheil um, und die länger oder kürzer dauernde Gerinnungsunfähigkeit des Blutes ist die schliessliche Folge. Die Ursache dieser consecutiven Blutveränderung besteht in dem Verlust der Fähigkeit des Plasma, die Leucocythen unter Entwickelung von Fibrinferment zu zerlegen.

Weitere theoretische Auseinandersetzungen, in denen Verf. die Resultate seiner Arbeit auch für die Pathologie, z. B. für die Lehre von der Leukämie, zu verwerthen sucht, übergehen wir, da ihnen fürs Erste noch der sichere Boden der Thatsachen mangelt. D—o.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Seebäder am Südufer der Krim von Dr. J. Lebedew. — Jalta 1883. (russ.).

— Der Andrejew'sche Liman bei Odessa von Dr. E. Brusilowski. — Odessa 1884. (russ.).

— Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie, Bd. II, Th. I. Allgemeine Balneotherapie von Dr. O. Leichtenstern. — Russ. unter der Redaction von Dr. M. Miljutin. K. Ricker, St. Petersburg 1884. — Bd. IV, Th. I. Allgemeine Orthopädie, Gymnastik u. Massage von Dr. Busch. Mit 34 Abbild. Russ. unter d. Redact. von Dr. Nensberg. Ibid.

— Mittheilungen über Bad Kreuznach von Dr. Heusner u. P. Foltynski. — Berlin 1884.

— Abwehr gegen Ahlfeld's «Berichte u. Arbeiten aus d. geburtshülfl.-gynäkologischen Klinik zu Giessen 1881—1882» von Credé. — (Sep.-Abdr. aus d. «Archiv für Gynäkologie», Bd. XXIII, Heft 2).

— Pathogeny of sympathetic ophthalmia by Dr. S. Theobald. (Sep.-Abdr. aus d. «Archives of ophthalmology», vol. XIII. № 1. 1884).

— Bäder-Almanach. II. Ausgabe. — Rud. Mosse. Frankfurt a. M. und Berlin 1884.

— Gynäkologische Mittheilungen. Gratulationsschrift zur Feier d. 50jährigen Doctorjubiläums von F. H. Bidder von Dr. E. Bidder und Dr. A. Bidder. Mit 1 photograph. Tafel. — Aug. Hirschwald, Berlin 1884.

— Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen von C. Credé. — Aug. Hirschwald, Berlin 1884.

— Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten u. Länder, unter der Redact. von Dr. A. Wernich herausgegeb. von Dr. Hirsch. — Urban u. Schwarzenberg, Wien u. Leipzig 1884.

— Beiträge zur Pathologie des Sehnerven u. der Netzhaut bei Allgemeinerkrankungen von Prof. Dr. Schoeler u. Dr. Uhthoff. — H. Peters, Berlin 1884.

— Seeluft u. Seebad von Dr. E. Kruse. III. Aufl. — D. Soltau, Norden u. Norderney 1884.

— Zur Casuistik der angeborenen Herzfehler. Ein Fall von Transpositio Aortae et Art. pulmon. bei offenem For. oval., nicht geschlossenem Duct. arter. Botalli, Verengerung d. Conus arter. u. Defect der die Ventrikel trennenden Wandung von N. Ettlinger, (Sep.-Abd. aus dem «Wratsch» № 14. — russ.)

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. December 1883.

Discussion über Dr. Hach's Vortrag: die Castration der Frauen.
Dr. Worms: kann die vom Vort. unterstützte Anschauung, das die Menstruation durch das functionirende Ovarium bedingt sei, nicht anerkennen. Der Begriff des Menstruationsprocesses werde damit zu eng gefasst. Die Menstruation sei ein periodisches Ergriffensein des Gesammtkörpers, des Allgemeinbefindens; ob das Ovarium der Mittelpunct dieses Zustandes, sei zweifelhaft. Leopold's Untersuchungen haben die Möglichkeit der Ovulation für alle Tage zwischen zwei Perioden ergeben. Auch kämen nach doppelseitiger Castration weitere Perioden vor.

Dr. Carlblom fügt hinzu, dass auch dort, wo wegen grösserer Geschwülste castrirt worden sei, Blutungen mit periodischem Charakter nach der Operation beobachtet worden sind.

Dr. Hach nimmt an, dass in solchen Fällen Reste des Ovarium, einzelne Follikel zurückgeblieben sind, was besonders bei der Operation grösserer Ovarialgeschwülste vorkommen kann. (Waldeyer) Gegen Dr. Worms Anschauung sprechen besonders die Erfahrungen Hegar's. Als eine ca. 40jährige Frau, die niemals menstruirt war, secirt wurde, fanden sich keine Ovarien.

Dr. Worms bemerkt, eine indirecte Beeinflussung der Menstruation durch beiderseitige Castration könne auch nach seiner Auffassung sehr gut gedacht werden. Die Castration beeinflusse wie überhaupt den weiblichen Habitus, so auch den Menstruationsprocess.

Dr. Hampeln referirt, die vicariirenden Blutungen berührend, einen Fall seiner Beobachtung, in welchem sich bei einer dem Climacterium im Alter nahestehenden Frau während eines ganzen Jahres periodische Blutungen aus der Brustdrüse einstellten.

Dr. Hach hebt in Bezug auf Uterinblutungen und Castration hervor, dass die Operation nur dort indicirt sei, wo es sich um während der Menses stark blutende, sonst inoperable Tumoren handele. Bei Hysterie sei die Operation zuerst nicht von Hegar, sondern von englischen und amerikanischen Aerzten gemacht worden.

Dr. Carlblom: der Einfluss der künstlichen Klimax auf das psychische Leben der Frau, welcher sich erst allmälig äussere, sei kein günstiger. Auch dieser Umstand würde dazu beitragen, die Indicationen für die Castration mit der Zeit immer mehr zu beschränken.

Dr. Mercklin: Ueber den Erfolg der Castration bei Hysterie dürfe erst längere Zeit nach der Operation entschieden werden. Der psychische Eindruck der Operation allein sei schon ein grosser und könne hysterische Symptome vorübergehend zum Schwinden bringen. Ueber die Berechtigung der Castration und gynäkologischer Behandlung überhaupt bei Psychosen beabsichtige er nächstens ausführlich zu berichten.

Dr. Hach: im Fall I. seiner Beobachtung war nicht nur der psychische Eindruck wirksam, wie der weitere Verlauf beweise. Im Uebrigen halte er sich streng an Hegar's Vorschrift nur bei unerträglichem, die Arbeitsfähigkeit aufhebendem Leiden zu operiren.

Secretair Dr. Mercklin.

Vermischtes.

— Am 24. Mai wurde in München die Büste des im Jahre 1880 verstorbenen berühmten Pathologen Prof. Dr. Ludwig v. Buhl, welche im Garten des Münchener pathologischen Instituts aufgestellt ist, enthüllt.

— Die Redaction der populär gehaltenen hygienischen Zeitschrift «Sdorowje» hat Dr. P. Smolenski übernommen. (Med. Westn.)

— Zum Professor der Physiologie an der Wladimir-Universität in Kijew ist an Prof. Tomsa's Stelle, welcher bekanntlich nach Prag übergesiedelt ist, der hiesige Docent Dr. S. Tschirjew gewählt worden.

— *Verstorben*: In Simferopol der Ordinator der psychiatrischen Abtheilung des dortigen Krankenhauses Dr. Böthling; in Odessa Dr. M. Lewensohn; der ältere Arzt des Kargopol'schen Infanterieregiments Dr. David.

— In Stockholm ist Prof. Ad. Kjellberg, Docent am dortigen Carolini'schen Institut und Oberarzt des allgemeinen Kinderhauses, einer der berühmtesten Aerzte Schwedens, im Alter von 55 Jahren gestorben.

— Ein Eisenbahnbeamter, der in Tarascon von einem tollen Hunde gebissen worden, ist Pasteur zugeschickt worden, um der von ihm entdeckten Schutzimpfung gegen die Tollwuth unterzogen zu werden. (A. m. C.-Ztg.)

— Aus Bagdad wird der Ausbruch der Pest an der persischen Grenze bei Jassan gemeldet.

— Wie russische medicinische Blätter erfahren, ist die auf den Namen Prof. Botkin's gestiftete Prämie, welche für die beste Arbeit über ein beliebiges Thema aus dem Gebiete der inneren Medicin bestimmt ist, in diesem Jahre nicht vergeben worden, da keine Arbeit zur Bewerbung um den Preis eingelaufen ist. Ebenso soll auch das Thema, welches von der militär-medicinischen Academie zur Bewerbung um die Prämie Matorin's für das verflossene Lehrjahr bestimmt war, keine Bearbeitung gefunden haben. Für das nächste Jahr ist zur Bewerbung um die *Matorin-Prämie* das Thema gestellt: «Ueber die Wirkung der Sandbäder auf Gesunde und Kranke».

— Die neue ärztliche Prüfungsordnung für das deutsche Reich, welche bereits mit dem November 1883 in Kraft getreten ist, enthält die Bestimmung, dass bei der Meldung zur Prüfung ein medicinisches Studium von mindestens 9 Semestern auf Universitäten des deutschen Reiches nachzuweisen ist, und dass nur *ausnahmsweise* das medicinische Studium auf einer Universität ausserhalb des deutschen Reiches theilweise oder ganz in Anrechnung gebracht werden darf, während bisher die medicinischen Studien an schweizerischen und österreichischen Universitäten deutscher Zunge als gleichwerthig mit denjenigen in Deutschland galten. In Folge dessen haben die medicinischen Facultäten der schweizer Universitäten Basel, Bern, Zürich, welche in obiger Bestimmung eine schwere Schädigung ihrer Interessen erblicken, bei dem schweizer Bundesrath beantragt, derselbe möge bei der deutschen Reichsregierung die geeigneten Schritte zur Abhülfe unternehmen und entweder für die Wiederherstellung des status quo ante oder doch dafür Sorge tragen, dass von den obligatorischen 9 Semestern nur etwa 6 auf Universitäten des deutschen Reiches zuzubringen, für den Rest aber der Besuch jeder Universität deutscher Zunge zulässig wäre. Der mittlere Procentsatz Medicinstudirender aus Deutschland hat in den letzten 10 Jahren betragen: in Zurich 10%, in Basel gegen 4%, in Bern 2,5%. Die schweizer Facultäten fürchten nicht nur eine wesentliche Verminderung ihrer Frequenz, sondern insbesondere eine Einbusse an Ansehen im In- und Auslande, wenn indirect vom deutschen Bundesrathe erklärt wird, dass der med. Unterricht in der Schweiz nicht demjenigen der deutschen Facultäten gleichwerthig sei, während die Schweiz ihren Bürgern die Studien an Universitäten des deutschen Reiches für voll anrechnet.

In gleicher Weise hat auch das Wiener medicinische Professoren-Collegium und das österreichische Unterrichtsministerium gegen die vorstehende Bestimmung der deutschen Prüfungsordnung. Stellung genommen und zwar boten dazu die Gelegenheit 5 Gesuche um Nostrification in Oesterreich, welche von Seiten preussischer Aerzte (darunter auch die Gesuche von Prof. Eulenburg aus Berlin und Prof. Cohn aus Breslau) dem Wiener Professoren-Collegium zur Entscheidung vorlagen. Es wurde beschlossen, eine Nostrification ausländischer Aerzte nicht früher vorzunehmen, als bis das diesbezügliche internationale Verhältniss vollkommen geregelt sein wird.

Neuerdings hat auch eine allgemeine Studentenversammlung in Berlin beschlossen, an den Bundesrath eine Petition zu richten, dass den Medicinern die auf sämmtlichen deutschen Universitäten Oesterreichs zugebrachten Semester in Anrechnung gebracht würden. Bisher wurden nämlich nur einzelne deutsche Universitäten Oesterreichs in diesem Puncte berücksichtigt.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 3. Juni 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2469	1656	4125
Kinderhospitäler	134	125	259
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	143	68	211
Scharlach	14	17	31
Pocken	11	5	16
Venerische Krankheiten	346	347	693

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 27. Mai bis 2. Juni 1884 besucht von 2439 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1138.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 3. bis 9. Juni 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
324	247	571	110	48	92	14	9	23	75	56	36	40	86	19	8	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 3, Masern 34, Scharlach 7, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 10.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 40, andere Gehirnkrankheiten 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, acute Entzündung der Athmungsorgane 57, Lungenschwindsucht 89, andere Krankheiten der Brusthöhle 9, Gastro-intestinal-Krankheiten 88, andere Krankheiten der Bauchhöhle 21, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 39, Marasmus senilis 29, Cachexia 22.

— Tod durch Zufall 16, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 13.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	18—24 Mai	181 732	81	7	23,3	8,6	31,4
Kopenhagen. .	21—27 Mai	267 000	113	7	22,0	6,2	30,9
Berlin . . .	25—31 Mai	1 225 065	579	76	24,6	13,1	34,4
Wien	25—31 Mai	759 849	449	23	30,7	5,1	35,9
Brüssel . . .	18—24 Mai	171 293	66	3	20,0	4,5	34,4
Paris	23—29 Mai	2 239 928	1029	138	23,9	13,4	26,8
London . . .	25—31 Mai	4 019 361	1476	270	19,2	18,3	33,4
St. Petersburg	**1—7 Juni**	**928 016**	**620**	**97**	**34,7**	**15,6**	**29,6**

Im Verlage von **Eduard Trewendt** in **Breslau** erschien soeben:

Genie und Wahnsinn. Eine psychologische Untersuchung von **Dr. Paul Radestock.** 6 Bog. gr. 8. Eleg. brosch. 2 Mk. Der auf diesem philosophischen Gebiete vortheilhaft bekannte Verfasser, dessen frühere Werke „Schlaf und Traum“ und „Die Gewöhnung und ihre Wichtigkeit für die Erziehung“ weitgehende Anerkennung fanden, bietet in dieser Schrift eine eingehende und lichtvolle Studie, die nicht nur bei Fachleuten, sondern auch bei dem grösseren Publikum reges Interesse erwecken dürfte.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen. 133 (1)

SODEN AM TAUNUS.

Beginn der Saison seit 1. Mai, Eröffnung des in das Eigenthum der Stadt übergegangenen und von ihr administrirten, von Grund aus renovirtem

KURHAUSES

seit dem 1. Juni. — Conversationssaal — Lesezimmer — Spielzimmer — Concerte der Kurcapelle an den Quellen und auf der prachtvollen Terrasse vor dem Kurhaus.

Die vorzüglichen Heilkräfte der Quellen und des Klimas von Soden sind allbekannt. — Directe Eisenbahnverbindung mit allen internationalen Schnellzügen.

M. 134 (1) **Die Städtische Kurverwaltung.**

30 **Kurort Ober-Salzbrunn** 15

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des **„Ober-Brunnens“** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens“ **zu jeder Zeit.** **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.**

MATTONI'S P. 110 (11)

EISEN-MOORSALZ / -MOORLAUGE aus dem Loosmoor bei **FRANZENSBAD.**

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel, St. Petersburg,** Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig, Moskau,** Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

Saison vom 1. Mai—15. Oct. **BAD NEUENAHR.** **Eisenbahn-Station.**

Alkalische Therme im Ahrthale zwischen Bonn und Coblenz, reich an Kohlensäure. Als Specificum bewährt bei *chronischen Catarrhen der Verdauungs-, Harn- und Respirations-Organe, bei Nieren-Catarrh, Leberanschwellungen, Diabetes mel., Gicht, Rheumatismus und Uterusleiden.* Nur das Curhôtel mit Tarifpreisen und vortrefflicher Restauration steht in directer Verbindung mit den Bädern. Näheres durch die Aerzte und den Director. 42 (3)

Teplitz, Böhmen.

Operateur **Dr. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen.**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**“ durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** zu beziehen. 113 (7)

РЕДАКЦІЯ

Календаря для врачей

покорнѣйше просить гг. петербургскихъ и московскихъ врачей доставить свои адресы съ обозначеніемъ спеціальности и часовъ пріема больныхъ въ книжный магазинъ **К. Л. Риккера,** въ С.-Петербургъ. Невскій просп., № 14.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.,** verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich **„Saxlehner's Bitterwasser“** zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (8)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Wasser-Heilanstalt RUDOLFSBAD
in Reichenau (Niederösterreich)

an der Südbahnstation **Payerbach**, 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrliche, von allen Seiten geschützte Lage, in einem der schönsten Alpenthäler Niederösterreichs (476 Meter über dem Meere), ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge, der seit 17 Jahren bestehenden Anstalt; in welcher auch Kranke, die nur einer **klimatischen Cur** bedürfen, Aufnahme finden. **Beginn der Saison am 1. Mai** für **Wasserkuren, Electricität** und **Massage.** Eröffnung der **Trinkhalle** für **Molke, Milch** und aller Sorten frischgefüllter **Mineralwässer** am **15. Mai** und des **Voll- und Schwimmbades** (16 bis 18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) am ***1. Juni.*** *Prospecte* werden durch die Cur-Inspection auf Verlangen gratis zugesendet. Nähere Auskünfte ertheilen:

Dr. **Ferdinand Siegel** Curarzt. 131 (2) **I. M. Waissnix Erbe** Eigenthümer.

Kaiserl. königl.
Allerhöchste Anerkennung.
Goldene Medaille Paris 1878. Goldene Medaille Amsterdam 1883. — Ehren-Diplome: Radkersburg 1877. — Fürstenfeld 1878.—Graz 1880.—Triest 1882.

CURORT GLEICHENBERG,
Steiermark.

Eine Fahrstunde von der Station Feldbach der ungar. Westbahn.

Beginn der Saison 1. Mai.

Alkalisch-muriatische und Eisensäuerlinge, Fichtennadel- und Quellsoolzerstäubungs-Inhalationen, grosser Respirations-Apparat, kohlensaure Bäder, Stahl-, Fichtennadel- und Süsswasserbäder, kaltes Vollbad und hydropathische Curen, Ziegenmolke, Ziegenmilch, kuhwarme Milch in der eigens erbauten Milchcuranstalt. Clima: constant mässig feuchtwarm. Seehöhe: 300 M.

Wohnungen, Mineralwässer und Wagen sind bei der **Bade-Direction in Gleichenberg** zu bestellen. M. 81 (3)

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja № 3—6, Magazin 7.

Carbol, Salicyl-, Thymol- und Jod-Watten und -Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung. 71 (1)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 15 Іюня 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. **an** die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 25. **St. Petersburg, 23. Juni (5. Juli)** **1884.**

Ein Beitrag zur Lehre von dem Vorausbestimmen der Anfälle bei Febris recurrens.

Von

M. K. Senetz.

Aus dem Alexander-Stadt-Baracken-Hospital.

(Schluss).

Ausser diesen beschriebenen Symptomen, welche uns die Möglichkeit geben schon frühzeitig den Beginn und das Ende des Anfalls zu bestimmen, halten wir es nicht für überflüssig zu erwähnen die überaus gesteigerte Pulsfrequenz, den Durchfall und das Erbrechen hart vor der Krisis als Erscheinungen, welche nicht selten das Ende des Anfalles anzeigen.

Wir finden auf Tab. 2 verzeichnet, dass am 4. und 5. Krankheitstage bei unserem Kranken sich Durchfall eingestellt hatte und der Puls am 6. Krankheitstage am Morgen 132 in der Minute betrug, worauf am Abend des 6. Tages die Krisis erfolgt war; während des 2. Anfalls erfolgte der Durchfall am 15. und 16. Krankheitstage und am 17. Krankheitstage die Krisis. In vielen anderen Fällen ging der Krisis entweder blos Durchfall oder Durchfall mit Erbrechen voraus; so haben wir also noch 3 Merkmale, aus denen man das Ende des Anfalles vorausbestimmen kann.

Da trotz des erst 2-jährigen Bestehens des Alexander-Stadt-Baracken-Hospitals die Zahl der in demselben behandelten Recurrenskranken sich bereits auf etwa 700 beläuft, so lag es nahe die Krankengeschichten anderer Collegen zu durchmustern und die darin verzeichneten Beobachtungen mit den meinigen zu vergleichen. Unter denselben fanden wir eine grosse Anzahl von Krankengeschichten, in denen mehr oder weniger systematische Bestimmungen der täglichen Harnmenge und des spec. Gewichts desselben verzeichnet waren. Aus diesen beiden Grössen konnte leicht die tägliche Menge der festen Harnbestandtheile bestimmt werden. Nach dieser Berechnung konnten wir uns überzeugen, dass unsere Schlussfolgerungen vollkommen bestätigt wurden durch Beobachtungen, gemacht von Anderen, zu anderen Zeiten (1882—1883) und zu einem ganz anderen Zwecke. Wir führen hier kurz eine Krankengeschichte an, die aufs Gerathewohl aus den anderen herausgegriffen ist. Fedor Anissimow, 14 a. n. gewöhnlicher Arbeiter, gebürtig aus dem Jaroslawschen Gouvernement trat ins Hospital ein den 14. Februar und verliess dasselbe am 22. März 1883; vor einigen Jahren hat Pat. an einem Ausschlage gelitten, doch welcher Art derselbe war, lässt sich nicht constatiren. Der Kranke ist gut entwickelt und von mittlerem Ernährungszustande; er klagt über Kopfschmerzen und über allgemeine Mattigkeit. Die Haut ist rein, die Sclerae sind leicht icterisch, die Zunge trocken und belegt. Die Leberdämpfung beginnt auf der Höhe der 6. Rippe, die Milzdämpfung auf der Höhe der 8. Rippe; sowol Milz als Leber ragen unter dem Rippenbogen hervor und sind auf Druck empfindlich. Die Krankheit hatte acut begonnen mit Schüttelfrost und Hitze. Genaueres conf. Tabelle № 3 und Curve № 3.

Betrachten wir die Tab. № 3, so bemerken wir unter Anderem am 9. Krankheitstage, also hart vor der Krisis, eine Steigerung der Pulsfrequenz auf 130 in der Minute, d. h. dass diese Ausnahme von der von uns oben aufgestellten Regel gleichsam als Vorbote der Krisis diente; am 18. Krankheitstage betrug die Temperatur 40,4, war also am Morgen dieses Tages höher als am vorhergehendem Morgen, die Pulsfrequenz war aber von 96 auf 75 Schläge in der Minute gefallen; am Abend desselben Tages begann die Temperatur zu fallen und am folgenden Tage erfolgte die Krisis. Am 40. Krankheitstage stieg der Puls auf 80 (nach 72), obgleich die Morgentemperatur dieses Tages niedriger war als die des vorhergehenden Tages; und dieser Steigerung der Pulsfrequenz folgte sofort eine Temperatursteigerung am Abend desselben und am Morgen des folgenden Tages. Natürlich müssen nur Temperaturen von derselben Tageszeit mit einander verglichen werden.

In den Fällen, wo die Pulsfrequenz mit der Temperatur zu derselben Zeit steigt und fällt, bei denen muss man berücksichtigen, dass die Temperatur blos 2 Mal täglich und der Puls blos 1 Mal täglich bestimmt wurden, in Folge dessen der Moment, wo der Puls seine Frequenz vor den Temperaturschwankungen änderte, uns leicht entgehen konnte. Die Körpergewichtsschwankungen wollen wir in diesem

Falle nicht weiter berücksichtigen, da das Körpergewicht nur jeden 2. Tag bestimmt wurde und in Folge dessen wir der Möglichkeit beraubt sind eine genaue Analyse desselben zu geben. Der allgemeine Character dieser Zahlen bleibt aber in diesem Falle derselbe wie im Falle 1 und 2.

Wenden wir uns jetzt zu den festen Harnbestandtheilen, so finden wir am 15. Krankheitstage 56,0 verzeichnet gegen 28,0, die am 13. Tage der Krankheit bestimmt wurden, und an demselben Tage (15.) begann der Paroxysmus; am 17. Krankheitstage fiel die Menge der festen Harnbestandtheile bis auf 8,0 und am 19. Krankheitstage begann die Krisis; am selben Tage finden wir die tägliche Menge der festen Harnbestandtheile mit 17,0 notirt, was im Vergleich mit 8,0 am 17. Tage eine Steigerung von mehr als 100% darstellt, — jedenfalls ein sehr schneller Uebergang — in der That finden wir im Krankenbogen verzeichnet, dass am Morgen des folgenden Tages (20.) der Kranke einen starken Schüttelfrost hatte und in der Nacht desselben Tages d. h. vom 20. auf den 21. Krankheitstag starker Schweiss erfolgt war; erst am folgenden Tage sank die Temperatur vollständig (d. h. am Morgen 35,8°, am Abend 35,6°). Wir sind überzeugt, dass in der Zwischenzeit gerechnet vom Abend des 19. Tages bis zum Morgen des 21. Krankheitstages schon ein Anfall stattgefunden hatte, wenngleich derselbe bei einer zweimaligen Temperaturmessung nicht constatirt werden konnte; darauf weisen folgende Thatsachen hin: erstens war die Morgen- und Abendtemperatur des 20. Krankheitstages bedeutend höher, als die Abendtemperatur des 19. und die Morgentemperatur des 21. Krankheitstages; zweitens fiel das Körpergewicht von 91 auf 86 ½ Pfd. und drittens entsprachen die Menge (400 Cc.) und das spec. Gewicht (1018) des Harnes den Eigenschaften eines Fieberharnes. Aehnliche Fälle, wo alle Anzeichen dafür sprachen, dass der Kranke einen Anfall gehabt haben musste und wo die Temperaturmessungen weder am Morgen noch am Abend eine Temperatursteigerung ergeben hatten, solche Fälle machten uns Anfangs stutzig bei der Untersuchung der festen Harnbestandtheile unserer Recurrenskranken. Um diese Zweifel zu lösen, trafen wir die Anordnung, dass bei den Recurrenskranken während der Apyrexie bei dem geringstem Gefühle von Frösteln oder Hitze die Temperatur sofort gemessen wurde.

Gleich in den nächsten Tagen konnten wir uns von der Existenz von Anfällen überzeugen mit einer Temperatur von 38,0—39,0 ja sogar 40,0°, die blos etwa 2—3 Stunden dauerten; es gelang uns auch einige solcher kurzen Anfälle selbst zu beobachten.

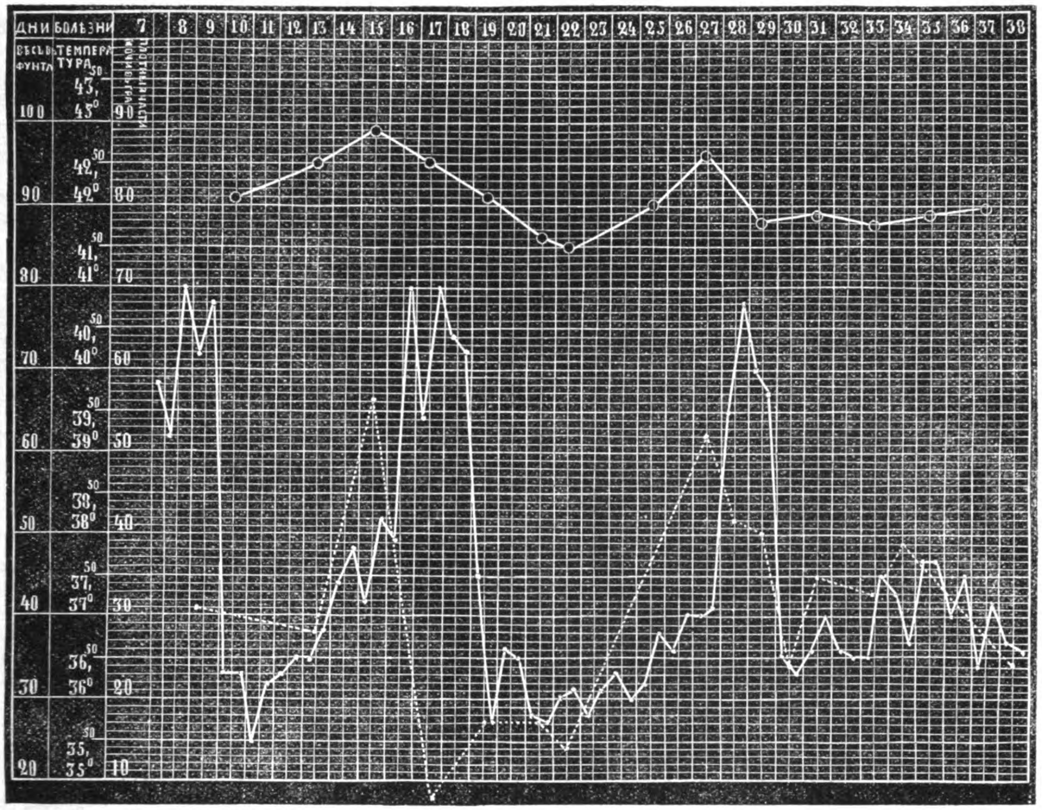
Tabelle № 3. (Febris recurrens).

Krankheitstage.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Temperatur Morgens	—	39,2	40,2	36,2	35,5	36,3	36,5	37,4	37,2	37,8	39,6	40,4	37,5	36,6	35,8	36,0	35,8	36,3	36,3
Temperatur Abends	39,8	41,0	40,8	36,2	36,2	36,5	37,2	37,8	38,2	41,0	41,0	40,0	35,7	36,5	35,6	36,1	36,1	35,9	36,8
Morgenpuls im Liegen	—	100	130	60	50	68	54	—	60	68	96	75	72	50	54	50	—	—	60
Körpergewicht in Pfunden	—	—	—	91	—	—	95½	—	98½	—	95½	—	91	—	86½	85	—	—	90½
Tägliche Schwankungen d. Körpergewichts (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme)	—	—	—	—	—	—	+4½	—	+3	—	—3	—	—4½	—	—4½	—1½	—	—	+5½
Die 24stündige Harnmenge in Cc.	—	—	900	—	—	—	2000	—	2400	1600	300	—	400	—	400	600	—	—	—
Das spec. Gewicht des Harns	—	—	1015	—	—	—	1006	—	1010	—	1011	—	1018	—	1018	1010	—	—	—
Die tägl. Menge aller festen Harnbestandtheile in Grammen	—	—	31	—	—	—	28	—	56	—	8	—	17	—	17	14	—	—	—
Die tägl. Schwankungen in d. Menge der festen Harnbestandtheile (+ Zunahme, — Abnahme)	—	—	—	—	—	—	—3	—	+28	—	—48	—	+9	—	0	—3	—	—	—
Die Zahl d. Decigr. d. festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht am entsprechenden Tage	—	—	—	—	—	—	7	—	14	—	2	—	4	—	5	4	—	—	—
Besondere Bemerkungen.	Seit 3 Tagen keine Stuhlentleerung.	Spirillen im Blute.	Spirillen im Blute.	Nachts starker Schweiss.	—	Nasenbluten.	—	—	—	—	Mässiger Durchfall 3 Mal.	Spirillen, d. Durchf. dauert fort, Nachts u. am Morg. war Erbr.	Durchfall 6 Mal, häufiges Erbrechen.	Des Morgens starker Schüttelfrost.	Nachts Schweiss.	—	—	—	—

Krankheitstage.	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
Temperatur Morgens	36,6	37,0	40,0	40,0	36,6	36,6	36,6	36,5	37,3	37,6	37,0	36,4	36,7	37,0	36,7	37,2	37,4	—
Temperatur Abends	37,0	37,1	40,8	39,8	36,3	37,1	36,5	37,5	36,7	37,7	37,5	37,2	36,6	36,0	37,8	37,5	—	—
Morgenpuls im Liegen	64	64	103	100	66	66	—	60	80	60	60	54	65	72	80	66	—	66
Körpergewicht in Pfunden	—	96½	—	88	—	89	—	88	—	89	—	90½	—	95	—	97½	—	96½
Tägliche Schwankungen des Körpergewichts (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme)	—	+6	—	—7½	—	+1	—	—1	—	+1	—	+1½	—	+4½	—	+2½	—	—1
Die 24stündige Harnmenge in Cc.	—	3200	1300	900	800	1000	—	2400	2400	—	—	—	1500	—	—	—	—	—
Das spec. Gewicht des Harns	—	1007	1014	1019	1013	1015	—	1006	1007	—	—	—	1007	—	—	—	—	—
Die tägl. Menge aller festen Harnbestandtheile in Grammen	—	52	42	40	24	35	—	33	39	—	—	—	24	—	—	—	—	—
Die täglichen Schwankungen in der Menge der festen Harnbestandtheile (+ bedeutet Zunahme, — Abnahme)	—	+38	—10	—2	—16	+11	—	—2	+6	—	—	—	—15	—	—	—	—	—
Die Zahl der Decigramme der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht am entsprechenden Tage	—	13	—	11	—	10	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Besondere Bemerkungen.	—	—	—	Erbrechen und Uebelkeit.	Spuren von Eiweiss im Harne.	Durchfall 4 Mal mit Schm. u. Tenesmen.	Nachts Schüttelfr., am Morgen Schweiss, Durchfall 7 Mal m. Schl.	4 Stühle mit Blut u. unter stark. Schmrz.	Stuhl nicht erfolgt.	Stuhl 1 Mal und normal.	—	—	—	—	—	—	—	—

Curve № 3.

Febris recurrens. Feodor Anissimow, 14 a. n., trat ins Hospital den 14. Februar und verliess dasselbe den 22. März 1883.



Die oberste Zahlenreihe giebt die Krankheitstage, die erste Rubrik das Körpergewicht in Pfunden, die zweite die Temperatur, die dritte die festen Harnbestandtheile in Grammen. Die Linie mit kleinen Kreisen bedeutet das Körpergewicht, die punctirte die festen Harnbestandtheile, die einfache Linie die Temperatur.

Auf dieselbe Weise wollen wir auch die Notiz im Krankenbogen am 32. Krankheitstage erklären (conf. besondere Bemerkungen der Tabelle 3), dass in der Nacht ein Schüttelfrost war und am Morgen Schweiss; d. h. aller Wahrscheinlichkeit nach war in der Nacht vom 31. auf den 32. Krankheitstag solch ein kurzdauernder Anfall eingetreten. Darauf weisen unter anderem die Umstände hin, dass die Abendtemperatur am 31. Tage 37,1° betrug, also erheblich mehr als am vorhergehenden wie auch am folgenden Tage, und dass die Menge der festen Harnbestandtheile am Morgen des 31. Krankheitstages auf 35,0 stieg gegen 24,0 am vorhergehenden Tage; mit anderen Worten, bei einer 2-maligen Temperaturmessung in 24 Stunden können solche kurze Anfälle nicht zur Beobachtung kommen. Ein grosser Schaden erwächst daraus weder dem Kranken noch der Wissenschaft, aber wir müssen dieselben beim Analysiren verschiedener Daten, die vom Kranken geliefert werden, berücksichtigen.

Wenden wir nun unsere Aufmerksamkeit auf die «besonderen Notizen» so finden wir, dass Erbrechen und Durchfall der Krisis vorausgingen.

Was das Quantum der festen Harnbestandtheile pro Kilo Körpergewicht betrifft so gelten hier genau dieselben Regeln, wie bei den beiden schon besprochenen Kranken.

Zum Schluss müssen wir noch mit einigen Worten der Methode Erwähnung thun, deren wir uns bei der Bestimmung des Quantums aller festen Harnbestandtheile bedienten.

Die Untersuchungen des Harns nach verschiedenen Richtungen hin bieten ein grosses Interesse wie vom pathologischen so auch vom klinischen Standpunkte aus; diesem Umstande hat man es zu verdanken, dass sehr viele und sehr genaue Methoden zur Entscheidung von chemisch-physiologischen und chemisch-pathologischen Fragen angegeben sind, die an die Harnuntersuchungen geknüpft sind. Jedoch die meisten dieser Methoden haben den bedeutenden Fehler, dass sie alle sehr umständlich sind und einen grossen Aufwand von Mühe und Zeit erfordern.

Deshalb finden diese Methoden, die in pathologischen oder klinischen Laboratorien bei Verfolgung rein wissenschaftlicher Ziele so häufig angewandt werden, so wenig Verwendung und Verbreitung bei den Arbeiten praktischer und Hospitals-Aerzte, welche nicht über die dazu erforderliche Zeit verfügen. Desto mehr müssen wir solche Methoden werthschätzen, die, was Genauigkeit für besondere Zwecke anbetrifft, nichts zu wünschen übrig lassen, dagegen bei ihrer Einfachheit und Leichtigkeit in der Anwendung nur wenig Mühe und Zeit in Anspruch nehmen. Zu diesen Methoden gehört unstreitig die Methode der Bestimmung aller festen Harnbestandtheile mit Hülfe des spec. Gewichtes. Als Anleitung benutzten wir hauptsächlich folgende Arbeiten: 1) Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harnes von C. Neubauer und Jul. Vogel und 2) «die Lehre vom Harn» von E. Salkowski und W. Leube.

Die uns beschäftigende Frage ist hinlänglich genau bearbeitet im ersten der angeführten Bücher und wir erlauben uns aus demselben folgende Stelle zu citiren: «Durch eine Reihe von Versuchen habe ich mich überzeugt, dass aus dem spec. Gewicht, wofern dasselbe nur mit einer genauen Berücksichtigung der Temperatur bestimmt wird, man sich annähernd ein Urtheil erlauben kann über die Menge aller festen Harnbestandtheile. Wenn man die 3 letzten Ziffern des auf 4 Decimalstellen berechneten spec. Gewichtes mit 0,233 multiplicirt, so erhält man annähernd die Menge der festen Harnbestandtheile pro 1000 Cc. Harn, z. B. die tägliche Harnmenge beträgt 1800 Cc. und das spec. Gewicht 1,0134, so werden im 1000 Cc. Harn = (0,233 . 134) = 31,22 Grm. enthalten sein und in 1500 Cc. = 46,83 Grm. Auf dem Wege der Wägung nach Verdampfen erhält man 46,59.

Die Grösse der Fehler bei der Bestimmung nach dieser Methode kann man in der untenstehenden Tabelle sehen.

Spec. Gewicht.	Auf gewicht-analytischem Wege gefunden pro mille.	Erhalten durch Multiplication mit der Zahl 0,233.	Unterschied in Procenten ausgedrückt.
1,0085	19,16 (grm.)	19,80 (grm.)	+3,3%
1,0110	24,96	25,63	+2,6
1,0133	30,87	30,99	+0,3
1,0134	31,06	31,22	+0,5
1,0135	33,35	31,45	+0,2
1,0137	32,55	31,92	—1,9
1,0140	31,08	32,62	+4,9
1,0154	35,10	35,88	+2,2
1,0160	37,40	37,28	—0,3
1,0164	37,26	38,21	+2,5
1,0210	48,54	48,93	+0,8
1,0213	48,60	49,63	+2,1
1,0217	48,50	50,56	+4,2
1,0223	52,15	51,96	—0,3
1,0225	49,30	52,42	+6,3
1,0230	56,40	53,59	—4,9
1,0230	56,00	53,59	—4,3
1,0236	56,64	54,98	—2,9
1,0238	57,09	55,45	—2,6
1,0240	54,10	55,92	+3,3
1,0250	60,47	58,25	—3,6
1,0257	60,40	59,88	—0,8
1,0260	62,00	60,58	—2,2
1,0261	60,20	60,81	+1,0
1,0275	63,90	64,07	+0,2
1,0275	64,20	64,07	—0,2
Mittel: 1,0200	46,59	46,52	—0,1

Die Resultate dieser 26 Versuche Neubauer's haben wir nach dem Steigen des spec. Gewichtes geordnet und noch die Unterschiede zwischen den nach dieser Methode und den durch Wägung erhaltenen Resultaten in Procenten berechnet hinzugefügt; die Differenzen oder Fehler können, wie man leicht ersieht, in den Grenzen von 0,2% bis 6,3% schwanken, was natürlich ohne jegliche Bedeutung bleibt beim Studium der Veränderungen der Mengen der festen Harnbestandtheile unserer Recurrenskranken, da die Mengen der festen Bestandtheile des 24stündigen Harns in unseren Fällen sich um 25% bis 50%, ja bis 100% und noch darüber änderten und wir nur aus solchen starken Veränderungen uns einen Schluss erlaubten hinsichtlich des Vorherbestimmens der Anfälle. Ueber diese Methode spricht sich Vogel in dem schon citirten Buche folgendermaassen aus: «Die Methoden zur Bestimmung der festen Harnrückstände wie auch des Gehaltes an Wasser und an anderen Bestandtheilen vermittelst des Verdampfens bei 100° C. sind schon früher beschrieben worden. Diese Methoden sind äusserst umständlich, erfordern sehr viel Zeit und finden deshalb zu praktischen Zwecken selten Verwendung», und ferner: «für diejenigen ärztlichen Zwecke für die eine nur annähernde Bestimmung genügt, kann mit Nutzen das spec. Gewicht Verwendung finden, wonach man den Gehalt des Harns an festen Bestandtheilen leicht beurtheilen kann». Die bequemste Formel zur Bestimmung der Menge der festen Bestandtheile im Harn ist von Trapp angegeben worden. Diese Formel besteht darin, dass die beiden letzten Ziffern des gefundenen spec. Gewichtes mit 2 multiplicirt werden. Der gefundene Werth zeigt uns an, wieviel Grm. fester Bestandtheile auf 1000 Cc. des untersuchten Harns kommen.

Ausser diesem Coëfficienten erwähnt Vogel noch eines Coëfficienten nach Christison 2,3 und nach Häser 2,33 und sagt von denselben folgendes: «W. Kaupp hat gleichfalls die Formel von Trapp als richtig gefunden; aber die genaueren Untersuchungen Neubauer's sprechen mehr zu Gunsten der Formel Häsers'. Zur Berechnung und zur Schlussfolgerung unmittelbar am Krankenbette, wo von einer grossen Genauigkeit natürlich nicht die Rede sein kann, verdient die Methode von Trapp seiner Einfachheit wegen vor allen anderen den Vorzug; beim Gebrauche derselben geschieht die Berechnung leicht im Kopfe. In solchen Fällen kann man auch die Temperaturunterschiede ausser Acht lassen, solange dieselben 2 Grad nicht überschreiten».

Auf die Temperatur des Harns haben wir bei unseren Untersuchungen stets unsere Aufmerksamkeit verwandt und haben dieselbe immer zwischen 14° und 17° gefunden. Natürlich hängt die Temperatur des Harns von der Temperatur der umgebenden Luft ab, ist aber natürlich viel höher, wenn er nicht lange vor der Untersuchung entleert wurde. Natürlich ist es besser in diesem Falle zu warten, bis der Harn abgekühlt ist, obgleich der Fehler bei Vernachlässigung der Temperatur nicht gross ist. In ihrem Buche «die Lehre vom Harne» sagen Salkowski und Leube, dass man bei der Bestimmung des spec. Gewichtes des Harns die Temperatur unberücksichtigt lassen kann, da mit der Volumzunahme des Harns bei höherer Temperatur zugleich eine Verminderung des spec. Gewichtes stattfindet, wodurch die Fehler sich compensiren.

Wir erachten es nicht für unnütz zu erwähnen, dass das spec. Gewicht des Harns abhängig ist von der Menge des Harnes, diese aber von der Quantität der aufgenommenen Flüssigkeiten, so dass man ein gewünschtes spec. Gewicht, natürlich in gewissen Grenzen, bei seinem eigenen Harne oder beim Harne eines Pat. erlangen kann, je nachdem die Menge der aufgenommenen Flüssigkeit ein mögliches Maximum od. Minimum erreicht. Mitunter kann aus dem spec. Gewicht resp. der Quantität des Harnes auf eine mehr oder weniger rationelle Pflege geschlossen werden; denn ein Kranker wird nie mehr trinken als er kann, wohl aber wird er bei unzulänglichem Anbieten häufig weniger trinken als er kann und als er darf. Das verhältnissmässig geringe spec. Gewicht des Harns während der Anfälle kann bei unseren Kranken eben nur dadurch erklärt werden, dass ihnen Getränk in genügender Menge zugeführt wurde.

Salkowski und Leube proponiren als Norm der täglichen Harnmenge 1500—1700 Cc. anzunehmen bei einem spec. Gewichte von 1020 bis 1017 und jede tägliche Harnmenge erst auf 1500 Cc. (als Norm angenommen) zu bringen, bevor man sich ein Urtheil erlauben kann, ob das spec. Gewicht im gegebenen Falle grösser oder geringer als die Norm ist. Gesetzt den Fall, wir hätten es mit einer Harnmenge von 1900 Cc. mit einem spec. Gewichte von 1013 zu thun, und wünschten nun zu wissen, ob letzteres grösser oder geringer als die Norm sei, so müssen wir unsere Zuflucht zur folgenden Formel nehmen:

$$\frac{1900:13}{1500} = 1016,5$$

d. h. das spec. Gewicht ist in diesem gegebenen Falle niedriger als die oben angenommene Norm (1020—1017).

Aus dem oben Angeführten kann man sich überzeugen, dass die von uns angewandte Methode zur Bestimmung der festen Bestandtheile eine Genauigkeit aufweist, die für unsere Zwecke vollkommen ausreicht und eine viel grössere Verbreitung verdient, als dieselbe im Augenblick geniesst.

Um jegliche Einwände zu entkräften, hätten wir bei etwa 10 Recurrens-Kranken die Menge der festen Harnbestandtheile durch Wägung bestimmen müssen, welchen Gedanken wir leider zu spät fassten, da die fünf Recurrens-Kranken, die sich noch in unserer Behandlung befanden, leider schon Reconvalescenten waren und neue Recurrens-Kranke nicht mehr in's Hospital eintraten, weil die Epidemie, nach den statistischen Mittheilungen zu urtheilen, in Petersburg erloschen ist.

Was endlich die Erklärung der Bedeutung der von uns gewonnenen Resultate hinsichtlich des Vorausbestimmens der Recurrensanfälle betrifft, so gedenken wir später darauf noch einmal zurückzukommen.

Typhus recurrens mit Icterus und Hämaturie.

Von

M. Treymann,

ordin. Arzt der Infections-Abtheilung des Allg. Krankenh. in Riga.

Im Anschluss an einen eben beobachteten Typhus recurrens mit multiplen Leberabscessen veröffentliche ich den nachstehenden bemerkenswerthen Fall.

Die Arbeitersfrau Dahrte Kleinberg, 36 J. alt, wird am 24. März 1884 aufgenommen, soll bereits 9 Tage krank sein. Stat. praes.: Mässiger Ernährungszustand. Grosse Apathie und Somnolenz. Patientin versteht laute Fragen sehr schlecht, giebt mühsam Antwort und scheint nicht orientirt über ihre Lage. Deutlich ausgesprochener Icterus der Hautdecken und der Sclerae. Zahlreiche violette und bläuliche Petechien über den Rumpf und die Extremitäten verbreitet; auf dem linken Schulterblatt und dem linken Oberschenkel erreichen sie fast die Grösse einer Erbse, im übrigen sind sie etwa stecknadelkopfgross. Die Milzdämpfung ist vergrössert, die Milz nicht palpabel. Der Leberrand ist in der Nabelhöhe zu palpiren. Die Zunge trocken, rissig, schwärzlich. Die Herztöne rein, auf den Lungen Rhonchi, etwas schleimig-eitriger Auswurf. Stuhlgang gestern gewesen. Körpertemperatur 35,7, Haut kühl, Puls kaum zu tasten, 80. 25. März. Morgentemperatur 35,4, Abendtemperatur 36,2. Stat. id. 26. März M.-T. 35,6, A.-T. 36,2. In 24 Stunden sind 5 reichliche, blutig gefärbte flüssige Stühle abgesetzt. Ord. Bismuth. subnitr., 3 Mal tägl. 0,6 Grm. 27. März. M.-T. 36,5, A.-T. 36,9. 4 blutige Stühle (reines flüssiges Blut). Der mit dem Katheter entnommene Harn ist von dunkelrother Farbe, saurer Reaction, enthält viel Eiweiss. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt äusserst zahlreiche Blutkörperchen, hier und da ein weisses, so dass der Befund reines Blut ergiebt. Anhaltend grosse Prostration. Zunge trocken. Unter dem rechten Rippenbogen ist die Leber noch fühlbar. 1 Fingerbreit unter dem Rippenbogen in der rechten Parasternallinie imponirt eine derbe, circa apfelgrosse Geschwulst, die sich von der Lebersubstanz nicht abgrenzen lässt, den Leberrand theilweise überragt und nach ihrer Lage und Beschaffenheit für die Gallenblase gehalten wird. Die Leber und vor Allem diese Geschwulst sind äusserst druckempfindlich. Ord. Campher.

28. März. Kein Stuhl. Zweimal reichlich dunkelroth tingirten Harn gelassen. M.-T. 36,8; A.-T. 37,4. Die unter dem Rippenbogen fühlbare pralle Geschwulst hat scheinbar an Grösse zugenommen. Patientin klagt über grosse Schmerzen bei leisester Berührung dieser Gegend. Die Leberdämpfung ist nur noch in der Mitte des Oberbauchs nachweisbar. Ord. Extr. secal. cornut. aq., 2 stündl. 0,12 Grm.

29. März. M.-T. 38,0, A.-T. 39,1. Patientin hat in 24 Stunden 5 Mal blutigen Harn gelassen, jedes Mal 500 Grm. Abends Temperatursteigerung ohne vorhergehendes Kältegefühl. Dieselbe Apathie, meist schläft die Patientin. (Zweiter Anfall). Ord. Campher.

30. März. M.-T. 38,7, A.-T. 39,6. Harn noch blutig, jedoch von hellerer Tinction. 2 Ascariden ohne Stuhl abgegangen. Abends eine saure Flüssigkeit erbrochen, in welcher Milchcoagula und ein Spulwurm. Lebergrenze zwei Finger breit unter dem Rippenbogen wieder palpabel. Leichter Icterus andauernd. Puls klein, 120. Grosse Prostration. Milzdämpfung vergrössert. Ord. Campher.

31. März. Milz palpabel. Leber wieder fast bis zur Nabelhöhe palpabel. M.-T. 39,0, A.-T. 40,0. Die früher palpirte kleine Geschwulst an der Leber lässt sich nicht mehr constatiren. Im Blut reichlich die *Spirochaete Obermeieri*. Heute 4 Mal erbrochen. Harn in geringerer Quantität, nur ganz leicht blutig tingirt. Stuhl angehalten. Somnolenz.

1. April. M.-T. 39,5, A.-T. 37,7. Milz sehr deutlich palpabel, fühlt sich derb und hart an. Die Leber von teigiger Consistenz, deutlich palpabel, sehr druckempfindlich. Im Laufe des Tages 3 Mal erbrochen, gelbliche, nicht fäculent riechende, das 3. Mal etwas blutig tingirte Flüssigkeit. Zwei wässrige, kein Blut enthaltende Stühle. Harn trübe, graugelblich, von äusserst stechendem Geruch, alkalischer Reaction, Eiweiss in grosser Menge enthaltend. Mikroskopische Untersuchung des Harns: Aeusserst zahlreiche Bacterien bedecken das ganze Gesichtsfeld, hier und da einzelne oder zusammenstehende weisse Blutkörperchen, keine rothen Blutkörperchen, sehr spärlich granulirte Cylinder. — Abends Temperatur-Abfall ohne vorhergegangenen Schweiss. Respirat. 44. Puls 128. Beginnendes Coma, aus welchem Patientin anfangs durch lautes Anrufen geweckt werden kann. Um 8¾ Uhr Abends erfolgt der Tod. Diagnose: Tumor lienis et hepatis. Icterus universalis. Nephritis acuta hämorrhagica (Typhus recurrens).

Section (Dr. H. Krannhals), 40 h. p. m.: Allgemeiner Ernährungszustand nicht schlecht, Fettpolster vorhanden, etwas icterisch, Muskulatur roth mit einem Stich ins Gelbliche. Rippenknorpel gelblich gefärbt. Haut leicht icterisch. Todtenstarre fast geschwunden. Zahlreiche disseminirte Todtenflecke.

Schädelhöhle: Schädelkapsel normal. Im Sinus longitud. ein fadenförmiges entfärbtes Gerinnsel und ziemlich reichlich flüssiges Blut. Harte Hirnhaut normal, weihce Hirnhaut mässig hyperämisch. Hyperämie der Gehirnsubstanz: zahlreiche Blutpuncte, die nach dem Abspülen schnell wieder auftraten. Consistenz gut. Keinerlei Herdaffectionen.

Brusthöhle: Knochenmark des Sternums dunkelerdbeerroth, nicht rareficirt, doch weich, hier und da ein Tropfen austretend. — Pleuren frei, keine Verwachsungen, keine Flüssigkeit. Beide *Lungen* trocken, lufthaltig, collabirend, keine Hypostasen, keine Herderkrankung. Pericardium normal. Herzbeutel leer. *Herz* 11,5 : 12 : 6,5 C. Herzfleisch mürbe, brüchig, schlaff, lehmgraugelb, am rechten Ventrikel durch Fettauflagerung reducirt, links normal dick. Das Endocardium lässt hier und da c. linsengrosse, opak gelbliche Fleckchen durchschimmern. Klappen normal, die der Aorta leicht verdickt. Imbibition mit Blutfarbstoff.

Bauchhöhle: Peritonäum, Netz, Mesenterium; Leicht icterischer Anflug. Keine Flüssigkeit. Rechts zieht subperitonäal, von der rechten Niere herkommd, ein stark geschlängelter gelber Gang nach abwärts, um sich in der Nähe des rechten Ovariums in das Ligam. latum einzusenken. Dieser Gang wird von einer weiten Vene begleitet, die sich in die Cava inferior einsenkt.

Leber: 26 : 19 u. 12 : 9 C., ziemlich weich. Läppchenzeichnung relativ deutlich, dunkelbraungrünlich. Gallenblase den benachbarten Theilen adhärent, die Wandungen derselben bis zu 2—3 Mill. verdickt, sowohl die Serosa als die Schleimhaut. Gallengänge durchgängig und gallig gefärbt. In der Blase c. 2 Unzen trüber dicklicher grüner Galle. *Milz* 17 : 13 : 5,5 C. Kapsel glatt, gespannt, dunkel, Consistenz wenig weicher, als die einer normalen. Durchschnitt dunkelgraubraun. Trabekel und Follikel sehr deutlich, die letzteren fast alle von einem dunkelbraunrothen hyperämischen Hof umgeben. Keine Recurrensnecrosen. *Magen* von normaler Grösse. Flüssiger, stark gallig gefärbter Inhalt. Schleimhaut leicht in Falten gelegt und gallig imbibirt. Auch die Duodenalschleimhaut gallig gefärbt. *Darm*: Schleimhaut röthlich gelb, im Dünndarm blass. Darminhalt flüssig, gelblich. Keine Schwellung der Follikel oder Peyerschen Plaques. Dickdarmschleimhaut leicht geschwellt, namentlich nach abwärts hin, hochgradig schwärzlichroth verfärbt, doch glatt und spiegelnd. Keine Substanzverluste. *Pankreas*: normal. *Nieren* gross: linke Niere 16 : 6 : 4 C., Rinde verbreitert, 10 Mill. breit, *gelb*, hier und da ein dunkelgraues Streifchen. Marksubstanz mässig hyperämisch, Schleimhaut des Nierenbodens und Ureters leicht injicirt, der letztere leicht in seinen Wandungen verdickt. Auf der Oberfläche der Nieren hier und da leicht grubig vertiefte Stellen, wie Infarctnarben aussehend, doch dunkelschmutzigroth gefärbt. Diese hämorrhagische Verfärbung erstreckt sich mehrere Millimeter weit in die Rinde hinein. Auch sonst in der Rinde hier und da diffus hämorrhagisch (grauroth) verfärbte Flecke und Striemen (ein Stück zur mikroskopischen Untersuchung aufbewahrt). — Anatomische Diagnose: Icterus universalis levis. Tumor lienis et hepatis. Nephritis parenchymat. acuta.

Es bleibe competenten Beurtheilern vorbehalten zu ent-

scheiden, in wiefern der beschriebene, *sicher als Typhus recurrens constatirte Fall* der sog. Fiévre bilieuse-hématurique entspricht, an deren nach Barthélemy-Benoit und Veillard entworfenes Bild er in auffälliger Weise erinnert. (Cf. Hertz in Ziemssen's Sammelwerk Bd. II, 2, pg. 825 seq.)

Riga, den 10. April 1884.

Referate.

P. Prochorow: Ueber die Giftigkeit einiger Neunaugen. (Wratsch № 1).

Vf. hat wiederholt von den Bauern des Jamburg'schen Kreises gehört, dass zuweilen nach Genuss von Neunaugen blutiger Durchfall auftrete. — Im Herbst des vergangenen Jahres erkrankte plötzlich eine Bäuerin mit ihren 6 Kindern, nachdem sie eine Suppe aus Neunaugen genossen. Letztere waren nicht dem gewöhnlichen Reinigungsprocess unterworfen worden, der darin besteht, dass man sie mit Salz bestreut, in einen Kübel mit Wasser wirft und stark umdreht; dann bedeckt sich der Fisch mit einer dicken Schleimschicht, die abgewischt wird. Das Bild der Erkrankung entsprach der Ruhr. Unaufhörlicher Stuhldrang, blutige Dejectionen.

Sowohl in diesem Falle, wie auch während einer Dysenterieepidemie an der russisch-chinesischen Grenze hat sich Vf. von der günstigen Wirkung der Ipecacuanha bei Dysenterie überzeugt. P.

S. E. Henschen: Hemiatrophia progressiva. (Nord. med. Archiv. Bd. XV № 4.)

Vf. beobachtete einen 46-jährigen Mann, welcher in seinem 14. Lebensjahr sich eine Distorsion des l. Tarso-cruralgelenks zugezogen hatte und bei welchem sich danach allmälig verbreitete Atrophien, zuerst am linken Bein, später auch an vielen andern Stellen entwickelt hatten.

Die linke Körperhälfte war im Wachsthum zurückgeblieben, ausserdem fanden sich partielle Atrophien zerstreut über die ganze l. Körperhälfte und zwar fand man am Rumpfe nur einzelne scharf begrenzte atrophische Stellen, während die linke Hälfte des Gesichts, der linke Arm und das linke Bein in toto atrophisch waren, ausserdem aber noch stärkere partielle Atrophien zeigten. — An den atrophischen Stellen war die Haut bräunlich pigmentirt. Die Sensibilität zeigte sich im Ganzen unverändert, nur in Bezug auf die Temperaturempfindung war sie an den atrophischen Stellen etwas erhöht. — Das ganze Bild zeigte die grösste Aehnlichkeit mit der halbseitigen Gesichtsatrophie und dann mit einem von Emminghaus beschriebenen Fall, bei welchem nach einem Trauma, welches den Kopf getroffen hatte, verbreitete partielle Atrophien aufgetreten waren.

Vf. meint, dass die beschriebenen Veränderungen Folge einer Nervenreizung seien, welche durch das Trauma veranlasst wurde und ascendirend auf die Centralorgane übergegangen war. Fr.

Ch. Leegaard: Einige Worte über die glatte Form der Lepra vom neuropathologischen Standpunkte aus. (Nord. med. Archiv. Bd. XV № 19.)

Vf. beschreibt 2 Fälle von Lepra anästh. und versucht, auf dieselben gestützt, die Unrichtigkeit der Ansicht Rosenthals nachzuweisen, welcher die glatte Form der Lepra durch eine Poliomyelitis post. disseminata mit descendirender Neuritis erklärt. — L. hält die glatte Form der Lepra für eine Krankheit der Haut, die auf die Nerven übergeht und in diesen gegen die Centralorgane fortschreitet. Die Erkrankung der Nerven betrachtet L. als eine Perineuritis und meint, dass durch dieselbe trophische Störungen verursacht werden, so wie Anaesthesien, Paralysen und Contracturen. Fr.

G. Neuber: Eine neue Amputationsmethode. (Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel. 1883. I.)

Trotz der bekannten ausserordentlichen Verbandtechnik auf der Kieler Klinik ist es dort schon lange unangenehm aufgefallen, wie gewisse Wunden stets ungleich ungünstigeren, langsameren Heilungsverlauf zeigen als andere, den ersteren ungefähr gleichwerthige Wunden. So ungünstigen Verlauf zeigten durchschnittlich die Amputationswunden, kaum die Hälfte heilte ohne Eiterung, während z. B. Herniotomien, Exstirpationen von Drüsengeschwülsten am Halse durchschnittlich unter einem Verbande sehr schnell heilten. Verf. meint dieses, da die Wundbehandlung immer die gleiche war, auf die Gestaltung der Wunde zurückführen zu müssen. Bei den Amputationen liessen sich bisher die todten Räume nicht vermeiden, weil die Muskelbäuche sich ungleich stark retrahiren, ebenso sah man oft geringe Randnecrosen der Haut. Verf. räth daher in seiner sogenannten neuen Methode den Hautlappen oder vielmehr die beiden seitlichen beispielsweise am Oberschenkel, möglichst kurz zu machen, über dem Knochenrand den Periostcylinder durch Nähte zusammenzuziehen, dann die durchschnittenen Muskeln durch 5—6 versenkte Catgutnähte über dem Knochen zu vernähen, tief retrahirte Muskelbäuche vorzuziehen und hier durch Annähen zu fixiren und endlich die Hautlappen zu vereinigen. Hierdurch entstehe eine gute Polsterung über dem Knochen, die einen energischeren Compressivverband gestatten, die Kürze der Hautlappen präcavire vor Necrose der Haut. Die detaillirt Vorschrift für Formirung der Lappen ist ungefähr folgende z. B. am Oberschenkel fixirt man sich auf der Haut der Aussenseite durch Blaustift die drei Punkte *a. b. c.*, es bezeichne dann *a* den Ort, wo der Knochen durchsägt werden soll, *b* wo die Muskelschicht vermittelst Cirkelschnittes durchschnitten und *c* den Punct, bis zu dem der halbmondförmige äussere Hautlappen reichen soll, der innere wird ebenso geformt. Wenn der Oberschenkel einen Durchmesser von 12 Centim. hat, so betragen die Distance *a—c* 6 Centim. gleich der Hälfte des Durchmessers, das zwischen *a* und *c* liegende *b* sei 4 Centim. von *a* entfernt, gleich einem Drittel des Durchmessers. So entstehen denn zwei seitliche Hautlappen von nur 2 Cent. Länge. Es werden also dann die Wundflächen durch drei Etagennähte aneinander adaptirt (Etagennähte wendet Socin schon lange bei Amputationen an. Ref.) und in den hinteren Wundspalt wird ein Drain geschoben. T.

Vermischtes.

— Da die Berichte über den Act der Einweihung des «Alexanderhospitals für Männer» in der Tagespresse vielfach differiren, so glauben wir im Interesse unserer Leser zu handeln, wenn wir nachstehend wenigstens die von Dr. E. Moritz bei dieser Gelegenheit gehaltene Rede, welche das Programm des neuen Hospitals darlegt und daher unseren Leserkreis vorzugsweise interessiren dürfte, in ihrem authentischen Wortlaute wiedergeben:

«Indem ich die Direction dieses Hospitals übernehme, spreche ich zunächst dem Curatorium meinen Dank aus für das in meine Person gesetzte Vertrauen. Ich selbst und meine Mitarbeiter am Werke haben den redlichen Willen dasselbe zu rechtfertigen.

Es sind zwar nur Wände und Mauern und unbewohnte Räume, die wir übernehmen und diejenigen, die sie bewohnen sollen, für die sie hergerichtet wurden, kennen wir nicht, — doch der Impuls ist gegeben, die leitenden Kräfte sind da, das Leben kann beginnen. Vom heutigen Tage ab wird dieses Haus, dieser bisher unbelebte Körper ein Organismus sein, der seine selbständigen Lebensbedingungen in sich trägt. Im Laufe dieses Sommers sollen seine Functionen beginnen, zuerst in diesen Tagen die Ambulanz, später die stationäre Behandlung.

Welcher Art die Arbeit ist, welche der mit der heutigen Einweihung ins Leben tretende Organismus zu leisten hat, ist ja Ihnen Allen bekannt: es ist eben ein Hospital, eine Heilanstalt, sein Zweck in 2 Worten: Hilfe dem Kranken. Diesen allgemeinen Zweck hat es mit den anderen Spitälern gemein. Doch wie jeder *Mensch sein* Gesicht für sich hat, durch welches er sich von allen anderen Seinesgleichen unterscheidet, so wird ohne Zweifel auch dies Spital seine besondere Physiognomie haben, sich von anderen in einigen Zügen unterscheiden. Heute ist es ein Neugeborenes und hat noch keine charakteristischen Züge, doch liegt's heute gerade nahe, einen Ausblick in die Zukunft zu wagen und Sie, hochverehrte Anwesende, die Sie an der Wiege des jungen Organismus stehen, des Organismus, der Ihnen überhaupt seine Existenz verdankt, — Sie haben ein Interesse daran zu wissen, welche Wege man ihn führen will, was aus ihm *werden* soll! Ob das, was werden *soll*, auch wirklich *wird*, und in welchem Maasse es wird, — das freilich werden erst kommende Zeiten lehren.

Heute will ich versuchen, Ihnen in wenigen Worten die Richtungslinien zu bezeichnen, welche die Entwickelung dieser jungen Anstalt von den ersten Lebenstagen an bestimmen sollen.

Als wichtigster Grundsatz soll uns in allen Stücken gelten, dass wir uns bestreben wollen, die Vortheile einer mit allen Hilfsmitteln moderner Wissenschaft ausgerüsteten Hospitalsbehandlung mit den Vorzügen und Annehmlichkeiten häuslicher Pflege zu vereinigen, — soweit Solches überhaupt möglich ist. Wir glauben, dass in diesem wenig umfangreichen Spital, mit seinen hellen, gut ventilirten Räumen und einem ausgewählten Pflegepersonal, es leichter sein wird, sich dem Typus eines wohlsituirten Privathauses zu nähern, als in den grossen allgemeinen Hospitälern, die nur allzu leicht den strengen, ungemüthlichen Character von Kranken-Kasernen annehmen. In den grossen Anstalten, deren Krankenzahl viele Hundert beträgt, verschwindet das Individuum in der Masse, — für das Wärterpersonal ists eine № , für den Arzt ein bestimmter Krankheitsfall, — seinen Namen weiss man nicht, — wenn man ihn braucht, liest man ihn ab von der Kopftafel, um ihn im nächsten Augenblick wieder zu vergessen.

Hier wird es uns möglich sein, einen näheren persönlichen Verkehr zwischen Arzt und Pflegerin einerseits, und dem Kranken andererseits zu pflegen, — in annähernd solche Beziehungen zu einander zu treten, wie sie sich in der Privatpraxis herausbilden. Dem entsprechend werden wir uns auch bemühen der Individualität des Kranken, seinen Gewohnheiten und Neigungen Rechnung zu tragen. Wie es im Privathause die Frauen sind, die dasselbe behaglich machen, — so haben wir auch für unser Krankenhaus auf weibliche Hilfe gerechnet. An der Spitze des Hauswesen steht auch bei uns die *Hausfrau*, und die eigentliche Pflege liegt in der Hand freiwilliger bereits geübter *Schwestern*. Durch eine glückliche Auswahl des Personals werden wir in der Lage sein mit jedem Kranken (mit verschwindenden Ausnahmen) in seiner Muttersprache zu reden.

Wir verhehlen uns nicht, dass trotz aller Aufmerksamkeit und gutem Willen, das Spital doch nicht ganz das Haus und die Familie wird ersetzen können. Der kranke Jüngling wird sich immer nach Hause sehnen, — ins Elternhaus, wo ihn die eigene Mutter pflegte! Doch die Mehrzahl derer, die Zuflucht in diesem Spitale suchen werden, dürfte eben kein eigenes Haus haben, wenigstens nicht hier am Ort.

Was aber dem Spital in dieser Richtung abgeht, wird weit überwogen durch die höhere Leistungsfähigkeit desselben in speciell medicinischer Hinsicht. Es giebt eine grosse Anzahl von Krankheitsformen, die heutzutage im Spital weit mehr Chancen für glücklichen Ausgang finden, als im Privathause. Dazu gehören vornehmlich alle operativen chirurgischen Fälle; bei solchen muss sich das Privathaus in ein Spital verwandeln, wenn man Erfolg versprechen will, — wie wenige können das ausführen! sicher nicht der kleine Commis oder Handwerker, dessen Wohnung aus einem einzigen kleinen Zimmer besteht.

Wo Luft, Licht und Nahrung ungenügend sind, Bedienung meist ganz fehlt, — ist jede Behandlung Illusion.

Ehe wir ärztliche Behandlung einleiten, müssen vor allen Dingen hygienische Lebensbedingungen geschaffen werden. Darum eignen sich auch viele innere Krankheiten für Hospitalsbehandlung, sobald die Lebensverhältnisse im Hause ungenügend sind, ganz besonders aber solche, welche umständlichere Behandlungsmethoden, — Bäder, Wassercuren, Elektricität,— oder aber häufigere und genauere ärztliche Controle erfordern. Hiezu gehören u. A. die in Petersburg sehr verbreiteten Abdominaltyphen und die meisten Entzündungen innerer Organe.

Um die Leistungsfähigkeit unseres Hospitals speciell in curativer Hinsicht auf die grösstmögliche Höhe zu steigern, sollen keine Mittel gespart werden. Ohne gerade nach dem Neuesten zu haschen, werden wir doch bestrebt sein, jeden wirklichen Fortschritt in der Medicin auch bei uns praktisch zu verwerthen, um speciell in medicinischer Hinsicht hinter keiner anderen Heilanstalt zurück zu bleiben. Aber bei der allmälig immer zunehmenden Zerspaltung der Heilkunde in eine Anzahl von Specialdisciplinen kann sich ein Hospital der Gegenwart nur dann auf der Höhe der Situation halten, wenn es über die betreffenden ärztlichen Specialkräfte verfügt.

Darum haben wir uns mit namhaften Vertretern der verschiedenen Specialfächer in Verbindung gesetzt und Zusagen erhalten bez. eines regelmässigen Empfanges ambulatorischer Kranken sowie bez. etwaiger Betheiligung an der stationären Behandlung, sei es durch Consultation, sei es durch Operation oder sonstige technische Specialbehandlung.

Noch eine andere Seite des Spitallebens möchte ich berühren, es ist das, was ich den *Ton* des Hauses nennen will, die Stimmung, die in demselben herrscht. Wenn ein musikalisches Instrument irgendwo einen Riss hat, ist sein Ton hässlich, seine Stimmung schlecht, — und wenn ein Mensch krank ist, ist seine gute Stimmung hin, — er ist verstimmt. In einem Hospital, wo viele Kranke beisammen sind, wird leicht der Ton des Hauses ein trübseliger, missmüthiger oder verstimmter. Die Kranken klagen oder dulden still, die Wärter thun verdrossen, was sie müssen, die Aerzte schelten und alle sind froh, wenn sie fortkommen. In der That liegt die Gefahr nahe, dass eine solche Stimmung einreisst, — in einem Spital, das vorzugsweise Unheilbare beherbergt, dürfte es kaum möglich sein dieselbe erfolgreich zu bekämpfen. Unser kleines Spital aber soll vor allen Dingen *Heil*anstalt sein, wir dürfen also schon, um den heilbaren Fällen nicht den Zutritt unmöglich zu machen, unsere wenigen Betten nicht mit chronischen, unheilbaren anfüllen. Daher werden hier die Genesungen immer die unglücklichen Ausgänge überwiegen und es wird uns leichter sein, den hellen Ton der *Hoffnung* laut durchklingen zu lassen und durch ihn die unvermeidlichen Missklänge des Leidens zu übertönen!

Mit diesem hellen Ton lassen Sie mich schliessen! er bedeutet für diese Stiftung die *Hoffnung* auf ihr ferneres Wachsen und Gedeihen! Sie, hochgeehrte Anwesende, die Sie geholfen haben das Haus zu gründen, Sie werden auch künftig Ihr Interesse ihm nicht entziehen, denn es gehört Ihnen ebensogut wie uns. Freudig gehen wir, — ich selbst und das ganze Personal, an die Arbeit in diesem Hause, — klein ist sein Anfang, doch hoffnungsreich ist seine Zukunft.» —

— Die kaukasischen Bäder versprechen, wie der «Russ. Med.» aus Pjatigorsk geschrieben wird, in diesem Jahre recht belebt zu werden. Bis zum 26. Mai waren, trotzdem die Witterung bis vor wenigen Tagen trübe und kalt blieb, bereits mehr als 600 Curgäste (meist Blutarme und Syphilitiker) eingetroffen. Die Zahl der Aerzte in diesen Bädern ist eine auffallend grosse (in Pjatigorsk allein prakticiren während der Badesaison gegen 50), da jedes Jahr ausser den dort beständig wohnenden und den von der Kronsverwaltung zur Leitung der einzelnen Bädergruppen berufenen Aerzten (in Pjatigorsk Dr. Jerusalimski, in Essentucki Dr. Bogoslowski) viele Aerzte aus verschiedenen Ortschaften des Reiches während der Badesaison dort prakticiren. Die oberste Verwaltung der Bäder ist in Händen eines Regierungscommissärs.

— Der *Leichenverbrennungsapparat in Gotha* ist in der 2. Juniwoche ungewöhnlich stark in Anspruch genommen worden. Ausser Dr. Lehwess aus Berlin, wurden eine Frau Bergrath Röhr aus Ilmenau, der Färbermeister Reids und Frau Wolgemuth, letztere beide aus Gotha, auf dem Feuerwege dort bestattet. Es sind jetzt seit dem Bestehen der Anstalt 177 Feuerbestattungen vollzogen worden, darunter befanden sich 11 Frauen. (A. m. C.-Ztg.)

— Wir geben nachstehend ein Verzeichniss der Staaten, welche der Genfer Convention bis jetzt beigetreten sind: Argentinische Republik, Belgien, Bolivia, Bulgarien, Chili, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Italien, Montenegro, Niederlande, Vereinigte Staaten von Nordamerika, Oesterreich-Ungarn, Persien, Peru, Portugal, Rumänien, Russland, Salvador, Schweden und Norwegen, Schweiz, Serbien, Spanien und die Türkei.

— Geheimrath Dr. Robert Koch in Berlin ist zum Mitgliede der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in Preussen ernannt und ferner in den neu erstandenen preussischen Staatsrath berufen worden. Wie verlautet, beabsichtigt der Director des deutschen Reichsgesundheitsamtes Dr. Struck demnächst von diesem Amte zurückzutreten. In diesem Falle dürfte es wohl kaum zweifelhaft sein, dass Dr. Koch, durch dessen erfolgreiche Wirksamkeit dieses Reichsinstitut sich in so kurzer Zeit einen Weltruf erworben hat, zu seinem Nachfolger berufen werden wird.

— Die *Cholera* in Toulon und Marseille nimmt immer deutlicher den Charakter der epidemischen asiatischen Cholera an, trotz der gegentheiligen Behauptung der französischen Regierung. Die Zahl der Cholera-Todesfälle beträgt im Durchschnitt ca. 8 täglich. Der «Figaro» erinnert daran, dass i. J. 1865 die Cholera in Toulon ebenfalls anfangs sehr milde mit nur wenigen Todesfällen auftrat, jedoch nach einigen Wochen bereits zahlreiche Opfer (22—60 tägl.) forderte und sich als asiatische Cholera entpuppte.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 10. Juni 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2422	1649	4071
Kinderhospitäler	151	120	271
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	128	67	195
Scharlach	16	14	30
Pocken	11	11	22
Venerische Krankheiten	308	370	678

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 3. bis 9. Juni 1884 besucht von 2632 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1217.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 10. bis 16. Juni 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
276	219	495	93	61	81	10	7	24	62	43	31	36	17	17	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 24, Scharlach 2, Diphtherie 17, Croup 2, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 26, andere Gehirnkrankheiten 22, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, acute Entzündung der Athmungsorgane 71, Lungenschwindsucht 78, andere Krankheiten der Brusthöhle 7, Gastro-intestinal-Krankheiten 81, andere Krankheiten der Bauchhöhle 14, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 27, Marasmus senilis 22, Cachexia 14.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 14.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	25—31 Mai	181 732	90	3	25,7	3,3	41,1
Kopenhagen	28 Mai—3 Juni	267 000	110	3	21,4	2,7	33,5
Berlin	1—7 Juni	1 225 065	622	69	26,4	11,0	34,4
Wien	1—7 Juni	759 849	414	15	28,3	3,6	36,6
Brüssel	25—31 Mai	171 293	86	6	26,1	6,9	32,5
Paris	30 Mai—5 Juni	2 239 928	1022	122	23,7	11,9	25,4
London	1—7 Juni	4 019 361	1458	305	19,8	20,9	27,1
St. Petersburg	8—14 Juni	928 016	575	97	32,2	16,9	32,8

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den Central-Annoncen-Expeditionen in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschien:

v. Ziemssen's Allgemeine Therapie

IV. Band.

Therapie der Kreislaufs-Störungen

(Kraftabnahme des Herzmuskels, ungenügende Compensationen bei Herzfehlern, Fettherz und Fettsucht, Veränderungen im Lungenkreislauf etc.)

von

Prof. Dr. **M. J. Oertel,**
in München. 138 (1)

Mit 37 Holzschn. gr. 8. 1884. Preis 6 Mark.

Wasser-Heilanstalt RUDOLFSBAD

in Reichenau (Niederösterreich)

an der Südbahnstation **Payerbach**, 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrliche, von allen Seiten geschützte Lage, in einem der schönsten Alpenthäler Niederösterreichs (476 Meter über dem Meere), ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge, der seit 17 Jahren bestehenden Anstalt; in welcher auch Kranke, die nur einer **klimatischen Cur** bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 1. Mai für **Wasserkuren, Electricität** und **Massage.** Eröffnung der **Trinkhalle** für **Molke, Milch** und alle Sorten frischgefüllter **Mineralwässer** am **15. Mai** und des **Voll- und Schwimmbades** (16 bis 18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) am **1. Juni.** Prospecte werden durch die Cur-Inspection auf Verlangen gratis zugesendet. Nähere Auskünfte ertheilen:

Dr. Ferdinand Siegel Curarzt. 131 (1) **I. M. Waissnix Erbe** Eigenthümer.

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

10 (2)

Teplitz, Böhmen.

Operateur **Dr. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**" durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** zu beziehen. 113 (6)

РЕДАКЦІЯ

Календаря для врачей

покорнѣйше проситъ гг. содержателей **лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ нструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ** и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

Bei **Friedrich Wreden** in **Braunschweig** ist so eben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Sammlung
kurzer
medicinischer Lehrbücher.
Band VIII.

Die Krankheiten
der
Harn- und Geschlechtsorgane.

Für Aerzte und Studirende
dargestellt von
Dr. **Paul Fürbringer,**
Professor an der Universität Jena.

Mit 12 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis geh. M. 8. — gebdn. M. 9.20.

Es war des Verfassers Bemühen, Aerzten und Studirenden einen präcisen Wegweiser und bündigen Rathgeber auf dem an Wirren und Widersprüchen so reichen Gebiete der Pathologie und Therapie der vorzugsweise inneren Krankheiten des Urogenitalsystems zu gewähren. Besonderes Gewicht wurde darauf gelegt, die neuesten bedeutungsvollen Forschungen gleich den eigenen Erfahrungen für eine Wissenschaft wie Praxis in zweckentsprechender Weise dienende Darstellung zu verwerthen und thunlichst objectiv das, was wir von den therapeutischen Maassnahmen zu erwarten haben, von dem, was subjective Vertrauensseligkeit geprägt, zu sichten. 139 (1)

Braunschweig, Juni 1884.

Friedrich Wreden.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.,** verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „**Saxlehner's Bitterwasser**" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (7)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

74 **Heilanstalt** für (5)

NERVENKRANKE

zu Bendorf am Rhein.

Geeignet für Rückenmarkskr., Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, Reconvalescenten etc. **Mod. — langsame Morphiumentziehung. Wasserkur. Elektrotherapie. Dr. Erlenmeyer.**

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje-Sselo.

(Saison vom 15. Mai bis 15. September.) 137

Kumyss, eisenhaltigen Kumyss, Kefir, natürliche und künstliche Mineralwässer, verschiedene warme Bäder, Elektrotherapie; ausserdem Zimmer mit voller Beköstigung.

SEE- UND SOOLBAD COLBERG.

Eisenbahnstation; Badefrequenz 1883: 6256 Gäste. Die Bade-Direction.



Mattoni's Giesshübler

P. 109 **REINSTER ALKALISCHER SAUERBRUNN.** (8)

Bestes Tisch- und Erfrischungs-Getränk,

erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen- und Blasen-Catarrh.

Preis per Flasche 40 Kop.
In Kisten von 50 Fl. mit Zustellung ins Haus 18 Rbl.

HEINRICH MATTONI, Karlsbad (Böhmen).

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Lager: bei **Alexander Wenzel, St. Petersburg,** Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig** in **Moskau,** Stoleschnikow-Per., H. Nikiforow.

Curort Ober-Salzbrunn

in Schlesien.

Bahnstation (2 Stunden von Breslau). 427 Meter über dem Meere; mildes Gebirgsklima, hervorragend durch seine alkalische Quellen ersten Ranges, durch seine grossartige Molkenanstalt (Kuh-, Ziegen-, Schafmolke resp. Milch, **Eselinmilch**), fortdauernd und erfolgreich bestrebt, durch Vergrösserung und Verschönerung seiner Anlagen, der Badeanstalten, der Wohnungen, allen Ansprüchen zu genügen. Heilbewährt bei allen Krankheiten der Athmungs- und Verdauungs-Organe, bei Scrophulose, chronischen Blasenleiden, Gicht und Hämorrhoidal-Beschwerden; eignet sich insbesondere auch für Blutarme und Reconvalescenten aller Art. Bevorzugte Frühjahrs- und Herbstsaison. Wohnungen weist gern nach die **Fürstliche Brunnen-Inspection.** 64 (4)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 22 Іюня 1884 г. Verlag von **Carl Ricker.** Buchdruckerei von **A. Caspary,** Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction
von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. L. v. Holst in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 26. St. Petersburg, 30. Juni (12. Juli) 1884.

Ueber Asthma bronchiale.

Vortrag gehalten im Deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 30. April 1883

von

Dr. E. Moritz.

M. H.! Es ist diesmal eine sehr häufige Krankheit, die ich zum Gegenstand meiner Erörterung machen will: das Asthma bronchiale. Gewiss hat jeder von Ihnen mehr oder weniger zahlreiche Asthmatiker unter seinen Patienten gehabt oder noch im Augenblick, und ich kann in dieser Beziehung einen Vorrang vor andern stärker beschäftigten Collegen nicht reclamiren. Wenn ich dennoch eine gewisse vorzugsweise Berechtigung über das Bronchial-Asthma zu reden in Anspruch nehme, so ist es deshalb, weil ich meine Kenntniss darüber ausser den Allen zugänglichen literarischen Quellen und der Praxis auch noch auf Selbstbeobachtung gründe, — ein Vorzug, den mir wohl niemand unter Ihnen beneiden wird. Vor nunmehr bald 30 Jahren hatte ich zum ersten Mal einen heftigen Bronchial-Catarrh mit asthmatischen Beschwerden; seitdem habe ich wiederholt an ähnlichen Zuständen laborirt, bald anhaltend, bald vorübergehend, bald in ganz vereinzelten Anfällen — dazwischen lagen mehr oder minder freie Jahre. Ich möchte nun im Lichte meiner eigenen 30jährigen subjectiven und objectiven Erfahrung das Asthma bronchiale, hauptsächlich sein Wesen besprechen und hoffe, dass Sie hie und da etwas Interesse darin finden sollen.

Als Asthma wurden früher verschiedene Arten der Dyspnoe bezeichnet, die heutzutage andere Namen führen, — so z. B. das Asthma thymicum oder Millari, welches heute als Spasmus glottidis bekannt ist. Wir verstehen jetzt unter Asthma eine Dyspnoe, welche in den feinen Luftwegen ihren Sitz hat und zugleich den Charakter des Vorübergehenden mehr oder minder ausgesprochen an sich trägt. In wie weit man das Asthma als selbständige Krankheitsform anerkennen darf, inwieweit es als blosse Symptomengruppe anzusehen ist, werden wir später erörtern.

In neuerer Zeit ist die Asthmalehre durch werthvolle Arbeiten bereichert und geklärt worden und die älteren Anschauungen sind vielfach wesentlich modificirt resp. corrigirt, — dennoch glaube ich, dass immer noch Einiges richtigzustellen übrig bleibt, und das will ich im Folgenden versuchen.

Ausgangspunct unserer Erörterung muss der Satz sein, dass es sich beim Asthma um eine Verengerung der kleinern und kleinsten Bronchien handelt. Dieser Satz braucht nicht bewiesen zu werden, — seine Richtigkeit ist in jedem Fall einfach durch Auge und Ohr constatirbar. Sind nun hierüber alle Autoren einig, so besteht doch augenscheinlich eine grosse Meinungsverschiedenheit über die Anwendung des Terminus Asthma. Der eigentliche Asthma-Anfall führt allein unbestritten diesen Namen, während die krankhaften Zustände der Luftwege, welche die anatomische Grundlage für diesen Anfall bieten, verschieden aufgefasst werden.

Bis vor Kurzem war die Ansicht herrschend, dass man das *Bronchial-Asthma*, welches im Verlauf gewisser Catarrhe auftritt, trennen müsse von dem selbständigen *Asthma nervosum*, welches als reine Neurose bei sonst völlig gesunden Personen vorkomme. Vor ca. 3 Jahren hat der verstorbene Prof. Waldenburg diese Auffassung sehr entschieden betont bei Gelegenheit der Discussion über einen Vortrag von Fränkel in der Berl. medicinischen Gesellschaft. Bei den übrigen neueren Autoren finden wir das Asthma *nervosum* immer mehr in den Hintergrund gedrängt von den Untersuchungen über das Wesen und die anatomische Basis des Asthma *bronchiale.* Je weiter man allmälig gekommen ist in den diagnostischen Untersuchungsmethoden, um so mehr wird das Gebiet des nervösen Asthma eingeschränkt.

Curschmann sagt im Eingang seiner Arbeit über Bronchiolitis exsudativa (D. A. f. klin. Med. XXXII): «Rechnet man in ganz strenger Weise zum *essentiellen* «*Asthma* nur diejenigen Fälle, welche lediglich (sei es auf «centrale, sei es auf peripherische) Störungen des Innerva«tionsapparats der Lungen zurückzuführen sind, so muss «die Krankheit als eine sehr seltene bezeichnet werden. «Verschwindend selten gegenüber der Zahl der dem *secun*«*dären Asthma nervosum* zuzurechnenden Fälle.»

Berkart fasst das Asthma auf als eine chronische Krankheit der Bronchien mit zeitweiligen Anfällen und bestreitet das Vorkommen des rein nervösen Asthma überhaupt.

Sicher ist, dass bei sehr vielen Asthmapatienten, welche ausserhalb des Anfalls sich der vollkommensten Euphorie erfreuen und sich für gesund halten, doch bei genauerer Nachforschung unzweifelhaft das Vorhandensein einer leichten chronischen Bronchialaffection constatirt werden kann. Bei 2 von den 3 genauer beschriebenen Patienten Fränkel's, bei welchen Asthma-Anfälle durch Nasenpolypen hervorgerufen waren, — sind Rhonchi sibilantes auf den Lungen auch ausser dem Anfall erwähnt. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich sagen, dass vor ca. 9—10 Jahren besonders während des Sommers jeder Arzt, welcher einfach auf Grundlage einer objectiven Untersuchung zu urtheilen gehabt hätte, mich für vollkommen gesund erklärt hätte, und doch konnten auch damals durch bestimmte Schädlichkeiten asthmatische Zufälle hervorgerufen werden; er hätte also vielleicht Asthma nervosum oder essentiale diagnosticirt. Es war aber kein solches, denn in ganz geringem Grade bestand auch damals die Curschmann-sche Bronchiolitis so zu sagen latent fort, — mir selbst freilich unzweifelhaft. Lassen wir vorläufig diejenigen Fälle, für welche ein essentielles oder rein nervöses Asthma von den Autoren behauptet wird, ausser Betracht, — und beschäftigen wir uns mit dem sehr häufigen Asthma bronchiale.

Dasselbe ist in unseren catarrhalischen Breiten wo es wenige Menschen giebt, die nicht 2 Mal jährlich heftige Bronchialcatarrhe durchmachen, — sehr häufig. Da ich nicht eine Monographie schreiben will, — werde ich mich auf das Wesentlichste beschränken.

Gehen wir also von dem Satz aus, dass dem Asthma fast immer (wie einige wollen *immer*) ein chronischer Bronchialcatarrh zu Grunde liegt. Dieser chronische Bronchialcatarrh, welcher meist durch viele Jahre besteht und abgesehen von den Asthmaanfällen und gelegentlichen Exacerbationen gewöhnlich gar keine Beschwerden macht, characterisirt sich ausserhalb der Anfälle durch die Production eines spärlichen glashellen äusserst zähen Secrets. Acceptiren wir Curschmann's Terminologie und nennen wir diese Form des Catarrhs *Bronchiolitis exsudativa*. Jeden Morgen nach der Erwachen werden einigemal meist ohne Husten grössere oder kleinere Schleimballen ausgeworfen, die bei genauerer Untersuchung aus einem Convolut gerinnselartiger kleiner Klümpchen und Fäden bestehen, welche in etwas dünnern Schleim eingehüllt sind. Im Laufe des Tages werden auch noch öfters solche mehr vereinzelte Fäden oder längliche Klümpchen durch Räuspern herausbefördert, oder sie fliegen bei einem kurzen Exspirations-Stoss dem Patienten wie ein Projectil aus der Luftröhre in den Mund. Solche Einzel-Sputa der Bronchiolitis exsudativa sind sehr fest, glashell mit graulichen oder opalisirenden Einsprengungen und meist mit kleinen Luftbläschen im Innern ausgestattet. Ihre Gestalt ist bei den etwas dickeren (1—2 Mm.) meist spindelförmig oder cylindrisch, seltener kuglig und dann gequollenen Sagokörnern täuschend ähnlich, bei den dünnern meist langestreckt fadenförmig bis 4 und 5 Ctm. lang und bei diesen fast immer Bifurcation aufweisend. Sie werden von manchen Autoren als Gerinnsel bezeichnet und haben in der That eine so feste Cohärenz und Elasticität wie der Körper einer Qualle. Man kann sie in Wasser werfen und nach einiger Zeit unverändert herausholen, zwischen zwei Objectgläsern lassen sie sich durch Druck zwar auseinander quetschen, bei Nachlass des Drucks ziehen sie sich wieder zusammen und treiben die Glasplatten auseinander, bei unvorsichtigem Druck gleiten sie auf die Seite heraus. Man kann sie auf einem weissen Papier hin und her rollen ohne dass sie kleben bleiben, selbst ohne dass das Papier nass wird, ja es ist mir schon passirt, dass so ein ausgespucktes Sagokorn von der Tischplatte ricochettirte. In den beschriebenen Sputis, die schon durch ihre Gestalt ihre Abstammung aus feineren Bronchen documentiren, findet man dann sehr oft die Curschmann'schen Spiralen.

Wie schon gesagt ist das Vorhandensein dieser Bronchiolitis exsudativa mit keinerlei Beschwerden verknüpft und ich weiss wirklich nicht, ob man es eine Krankheit nennen soll. An mir selbst kenne ich diese Form des Sputum seit 27 Jahren, ohne dass sich dasselbe wesentlich geändert hat. Freilich bin ich erst nach dem Auftreten acuterer Bronchialcatarrhe und Asthma-Anfälle auf diese Dinge aufmerksam geworden. Diese Bronchiolitis hat mich nicht gehindert Berge zu steigen wie den Montblanc und eine gute Lungencapacität zu haben, die früher 5000 und jetzt noch 4200 CC. beträgt.

Ich habe in meiner Verwandtschaft eine Dame, die nach ihren Angaben seit über 50 Jahren an Asthma-Anfällen leidet, ich selbst habe solche bereits vor 30 Jahren bei ihr gesehen, — sie hat sie bis jetzt wo sie 83 Jahre zählt und ich habe im verflossenen Sommer bei einem gelegentlichen Besuch mich davon überzeugen können, dass sie in der anfallsfreien Zeit durchaus keine merkbare Dyspnoe hat, obgleich catarrhalische Geräusche auch par distance hörbar sind, kurzum die Bronchiolitis exsudativa ist an sich keine gefährliche Krankheit, aber sie scheint die Voraussetzung zu sein für die Entwickelung des Asthma, falls nicht eine noch schwerere Form chronischer Bronchitis besteht. Ausser den Formen von chronischer Bronchiolitis, welche das oben beschriebene im höchsten Maasse characteristische zäh-elastische, gerinnselartige Sputum liefern und meist nur eine latente Krankheitsursache nicht eine wirkliche Krankheit (vom Standpunct des Patienten) darstellen, giebt es ja zahlreiche Uebergungsformen bis zu der profusen chronischen Bronchorrhoe der alten Unterofficiere und Lohnkutscher. Auch von diesen sind viele asthmatischen Zufällen unterworfen; ob in ihrem Sputum allemal Curschmann'sche Spiralen oder Leyden'sche Crystalle sich vorfinden — kann ich nicht sagen, denn bei den wenigen, deren Sputum ich untersucht habe, habe ich beides nicht finden können (vielleicht aus mangelhafter Uebung).

Die Ursachen, welche bewirken, dass bei einem mit Bronchiolitis exsudativa behafteten Individuum Asthma-*Anfälle* und mehr oder minder langdauernde asthmatische *Zustände* auftreten, sind bekanntlich sehr verschiedene. Meistentheils ist es ein acuter Catarrh der Luftwege, resp. eine acute Steigerung des schon bestehenden, welcher zu Asthma führt. Bei den hier in Petersburg und wohl überhaupt im Norden herrschenden klimatischen und Wohnungs-Verhältnissen sind weitaus am häufigsten sogen. Erkältungscatarrhe Veranlassung zum Asthma. Im September und October beim Eintritt kalter Witterung oder im Frühjahr, wenn die Sonnenstrahlen bereits stärker wirken, während gleichzeitig eisiger Nordost weht, — «erkältet» man sich eben leicht. Es entsteht Schnupfen, dem sehr bald eine rauhe Stimme und Husten folgt: das ist dann der Moment wo mit Vorliebe das Asthma einsetzt, um dann während mehrer Tage oder Wochen bald in scharf markirten Anfällen, bald in Gestalt eines mehr oder minder remittirenden Zustandes fortzudauern bis der acute Catarrh schwindet oder wenigstens erheblich nachlässt. Dieser sehr gewöhnlichen Entstehung des Asthma steht am nächsten die Entstehung desselben durch gewisse auf die Athmungsorgane rasch einwirkende kurzdauernde Reize, die jedoch einen richtigen allgemeinen Catarrh nicht bewirken. Wenn ein zum Asthma disponirtes Individuum in der Nacht bei gelinder Transpiration aus dem Schlaf geweckt wird und in die kalte Winter- oder Herbst-Luft hinaus geht, — oder wenn ein solcher scheinbar gesunder Bronchiolitiker in warmer Stube beim Wein gesessen hat oder sich durch Muskelanstrengung erhitzt hat und dann ins Freie muss, — bekommt er höchst wahrscheinlich einen Asthma-Anfall. Dieselben Schädlichkeiten würden bei einem nichtdisponirten Individuum vielleicht nur mehrmaliges Niesen oder einige Hustenstösse hervorrufen. Die angeführten Gelegenheitsursachen sowie eine ganze Reihe ähnlicher haben alle das Gemeinsame, dass kalte Luft auf eine stark congestionirte Respirationsschleimhaut einwirkt.

Ganz analog der kalten Luft wirkt eine Anzahl anderer Reize, die notorisch oft Asthma hervorrufen auf die Schleimhaut der Luftwege: so Staub verschiedener Provenienz, der Holzstaub der Drechsler, der Mineral- und Metallstaub der Schleifer und Schlosser, der Kohlenstaub, der Blüthenstaub, welcher das Heu-Asthma veranlasst, derselbe Staub der Ipecacuanha-Pulver u. s. w. Das sind alles Reize, welche das Organ direct treffen und aus solchen Veranlassungen entstehendes Asthma wird man meistentheils nicht anstehen, als Asthma bronchiale zu bezeichnen. — In ihren Wirkungen aber ganz gleich und vermuthlich auch eine präexistirende Bronchiolitis exsudativa voraussetzend sind einige andere ätiologische Momente: so Erkrankungen der Nasenschleimhaut, Nasenpolypen;[1]) Verdauungsanomalien (Asthma dyspepticum), — gewisse Phasen der normalen Verdauung insbesondere Gasentwickelung bei derselben; — Einfluss bestimmter Oertlichkeiten oder Wohnräume u. s. w. Bei solchen Ursachen wird das Asthma vielfach als «nervosum» bezeichnet, obgleich es sich nicht von «bronchiale» unterscheiden lässt. Ich habe mich schon gleich anfangs als Skeptiker bez. des Asthma nervosum bekannt und will hier darauf hinweisen, dass unter den Asthma-machenden Momenten es alle Uebergänge giebt von dem stärksten direct wirkenden Reiz an bis zu völlig räthselhaften entfernten Veranlassungen. Bei Besprechung des Wesens des eigentl. Asthma-Anfalls komme ich noch auf Einiges hierhergehörige zurück.

(Fortsetzung folgt.)

Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoïdei postici.

Von

Dr. Karl Dehio,

Docent an d. Universität Dorpat.

Da die Frage nach der Aetiologie und Pathogenese der Lähmung der Glottiserweiterer in jüngster Zeit von F. Semon[2]) und P. Duvening[3]) wieder auf die Tagesordnung gestellt worden ist, so dürfte die Veröffentlichung der nachfolgenden Fälle nicht ohne Interesse sein. Obgleich der zweite meiner Fälle kein ganz reiner und schulgerechter ist, so dürfte er sich doch unter obigen Titel subsummiren lassen, da sein hervorstechendstes Symptom in der hochgradigen inspiratorischen Dyspnöe bestand, und trotz gleichzeitiger Lähmung noch anderer Kehlkopfmuskeln dennoch die Paralyse der Crico-arytaenoïdei postici die eigentlich lebenswichtige Veränderung bildete.

Fall I.[4]). Herr v. F., 43 Jahre alt, gebürtig aus Chemnitz in Sachsen, Maschinentechniker, seit Jahren wohnhaft in Estland und daselbst mit dem Bau und der Anlage von Branntweinbrennereien und sonstigen Fabrikanstalten beschäftigt.

Aufgenommen am 17. Febr. 1884.

Pat. ist unverheirathet, sein Vater an Zungenkrebs, seine Mutter an Altersschwäche gestorben.

Pat. hat als Kind an Schwellung der Halsdrüsen gelitten, von denen eine vereitert ist, daher sich noch jetzt hinter dem rechten M. sternocleidomast. eine eingezogene mit der Fascie verwachsene Hautnarbe vorfindet. Vor 20 Jahren acquirirte er Syphilis, welche durch eine Schmiercur zum Schwinden gebracht wurde. Seit der Zeit ist er bis vor 5 Jahren gesund gewesen, wo er an einem Hautgeschwür des linken Vorderarms und bald darauf an Geschwüren im Rachen gelitten hat, welche letztere vom Arzt als syphilitisch bezeichnet und innerlich mit Pillen behandelt worden sind. Am linken Vorderarm bemerkt man noch jetzt eine weisse, strahlige, auf ihrer Unterlage bewegliche, etwa Thalergrosse, nicht characteristische Hautnarbe. Im folgenden Jahre erlitt Pat. einen Schlag auf die linke Schulter, welche stark anschwoll und schmerzte. Im Laufe von ein Paar Monaten bildete sich ein Abscess, welcher schliesslich geöffnet wurde, wobei sich zugleich mit dem ausfliessenden Eiter ein kleiner necrotischer Knochensplitter vom linken Acromion abstiess. Darnach Heilung in 2 Wochen. Jetzt sieht man an dieser Stelle eine mit dem Ende des Acromion fest verwachsene Narbe. — Weiterhin blieb Patient gesund bis zum Sommer des Jahres 1882, wo seine jetzige Krankheit begann. Eines Tages hatte er bei der Beaufsichtigung eines Hausbaues seine Stimme stark angestrengt, sich erhitzt und stark schwitzend sich vielfach kalter Zugluft ausgesetzt; schliesslich hatte er noch in der Hitze einen kalten Trunk gethan. Gleich darauf fühlte er allgemeines Frösteln und am Abend starke Athembeschwerden, ohne dass die Stimme sich verändert hätte. Das Einathmen der Luft war von einem starken Geräusch begleitet, und ihn quälte ein Gefühl der Zusammenschnürung im Halse; wegen anhaltenden Luftmangels war Pat. vollkommen arbeitsunfähig. Der consultirte Arzt (Dr. Hansen in Reval) constatirte laryngoskopisch, wie ich durch persönliche Erkundigung erfahren habe, eine Parese der M. crico-aryt. post. und verordnete Faradisation der Nervi laryng. recurrentes. Anfangs war die Athemnoth so stark, dass Pat. häufig zu ersticken fürchtete, späterhin legte sie sich im Laufe von 7 bis 8 Wochen bis auf einen geringen Rest des stridorösen Inspirationsgeräusches, welches nie ganz schwand. Dennoch hat Pat. als Baumeister und Maschinist, ohne sich zu schonen, wieder bis zum Juli 1883 gearbeitet. Da erkältete er sich zum zweiten Mal in derselben Weise, bekam wieder lautes stenotisches Athmen und so hochgradige Athemnoth, dass er des Nachts nicht schlafen konnte, wenngleich es zu richtiger Orthopnöe nicht gekommen ist. Von dann an bis jetzt hat Pat. sich zu Hause mit Inhalationen von Bromkalium, Terpenthin etc. und mit percutaner Faradisation der Kehlkopfgegend behandelt, ohne dass es zu einer erheblichen Besserung seines Zustandes gekommen wäre.

Status präs.: Kräftiger Mann von mittlerer Grösse. — Bei völliger Körperruhe und ruhigem Athmen merkt man nur, dass das Inspirium etwas länger dauert als gewöhnlich, weshalb die Respirationsfrequenz sich nur auf etwa 14—15 Athemzüge in der Minute beläuft. Zugleich hört man ein leises stenotisches Inspirationsgeräusch und bemerkt während desselben ein mässiges Einsinken des Jugulum und Epigastrium. Die Stimme ist ziemlich laut und modulationsfähig, nur klingt sie etwas gequetscht und soll seit der Erkrankung eine höhere Tonlage angenommen haben. Kein Husten. Wegen der Kurzathmigkeit fällt das Singen schwer, doch werden die intendirten Töne sicher getroffen. Bei etwas tiefern Athemzügen, schon während lebhaftern Sprchens, namentlich aber sobald Pat. sich Bewegung macht, im Zimmer auf- und abgeht etc., hört man während des Inspiriums einen ziemlich leisen, im Kehlkopf entstehenden Ton, der entfernt an das bellende Timbre des Crouphustens erinnert; sobald derselbe aufhört, schliesst sich an ihn ein deutliches inspiratorisches Stenosengeräusch an. Rasch gehen, Treppen steigen oder körperlich arbeiten kann Pat. nicht, da er bei etwas gesteigertem Luftbedürfniss sofort an Athem zu kurz kommt. Bei tiefen forcirten Athemzügen und namentlich im Schlaf steigert sich das inspiratorische Geräusch zu einem laut heulenden Ton, welcher durch den ganzen Corridor der Krankenabtheilung schallt. Die Respirationsfrequenz im Schlafen beträgt 15 Athemzüge in der Minute. Das Exspi-

[1]) Schäffer, Voltolini, Fränkel, Hack, Sommerbrodt, besonders der letztere, haben neuerdings eine ganze Reihe von Fällen mitgetheilt, in welchen die Abhängigkeit der Asthma-Anfälle von pathologischen Zuständen der Nasenschleimhaut evident nachgewiesen ist.

[2]) F. Semon (in London). Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des N. laryng. infer. (recurrens). Berl. kl. W.-S. 1883. № 46.

[3]) P. Duvening. Lähmung der M. crico-arytaenoïdei postici bei Phthisis pulmonum. Inauguraldissertation, Würzburg 1883.

[4]) Ich habe denselben auf der Klinik des Prof. A. Vogel beobachtet, welchem ich auch die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung desselben verdanke.

rium ist nicht merklich behindert; Pat. kann auf dieselbe Entfernung ein Licht ausblasen, wie ein Gesunder.

Herz und Lungen gesund; das vesiculäre Athmungsgeräusch sehr leise, das inspiratorische Stenosengeräusch in der Gegend des Sternum und in der Regio interscapularis in grosser Ausdehnung zu hören. Lungengrenzen normal. Ausser den erwähnten Narben keinerlei für Syphilis sprechende Zeichen. Symptome von Tabes dorsalis nicht vorhanden, Patellarsehnenreflexe wohlerhalten. Pat. glaubt bemerkt zu haben, dass sein Hals in der letzten Zeit etwas dicker geworden ist, auch sind die Seitenlappen der Schilddrüse ziemlich gross, aber ganz weich und nicht schmerzhaft. Im Uebrigen ergiebt die Palpation des Halses und des Kehlkopfes nichts Auffallendes.

Laryngoskopische Untersuchung:

Der Rachen leicht geröthet, die Schleimhaut frei von Narben; der Arcus palato-pharyngeus nicht ganz symmetrisch, weil der rechte hintere Gaumenbogen etwas tiefer steht. Die Beweglichkeit des Gaumens und aller Rachentheile vollständig erhalten. Epiglottis in gewöhnlicher Stellung; das Vestibulum laryngis zeigt die gewöhnlichen Veränderungen eines mässigen chronischen Catarrhes, leichte Verdickung und unbedeutende, etwas livide Röthung der Schleimhaut. Die Stimmbänder liegen bei gewöhnlicher Athmung mit ihren hintern Enden unbeweglich an einander, und zwar so, dass die Processus vocales sich sowohl beim In- wie Expirium mit ihren Spitzen berühren. Auch bei forcirten Inspirationen weichen dieselben nicht um eines Haaresbreite von einander. Weiter nach hinten hin ist der zwischen den innern Flächen der Proc. vocales befindliche Spalt von einer festen, angetrockneten Schleimkruste verdeckt; erst nachdem Pat. mehrere Tage lang eine Lösung von Natr. bicarbon. inhalirt hat, schwindet der Schleimbelag, und man sieht nun, dass sich nach hinten von den sich berührenden Enden der Proc. vocales zwischen den innern Flächen der Aryknorpel ein nähnadelfeiner durchgängiger Spalt als Andeutung der Glottis respiratoria nachgeblieben ist. Die Kuppen der beiden Aryknorpel mit den Santorinischen Knorpeln stehen etwa 4 Millimeter aus einander, so dass die Aryknorpel sich also blos mit ihrer innern, untern Kante fast bis zur Berührung genähert haben. Nach vorn von den Processus vocales berühren sich die freien Ränder der Stimmbänder *beim Exspirium* nicht, sondern bilden zwei ausgehöhlte Bogenabschnitte und lassen einen knopflochförmigen Spalt zwischen sich, der in der Mitte seiner Längsausdehnung beiläufig 2 Millimeter breit sein mag. Der exspiratorische Luftstrom streicht anscheinend ungehindert hindurch. — Genau isochron mit dem Beginn des *Inspiriums* jedoch sieht man die Stimmbandränder plötzlich sich gradestrecken und sich dadurch so sehr der Mittellinie nähern, dass sie sich fast berühren und nur noch einen haarfeinen Spalt zwischen sich lassen, durch welchen die inspirirte Luft mit dem schon beschriebenen Stenosengeräusch hindurch tritt. Fordert man Pat. auf tief und forcirt einzuathmen, so entsteht der heulende Ton, und man kann deutlich sehen, wie derselbe durch vibrirende Schwingungen der Stimmbandränder hervorgebracht wird; mit dem Ende des Inspiriums weichen die Stimmbänder wieder in ihre schon beschriebene exspiratorische Stellung zurück. Je genauer und je öfter ich Pat. laryngoskopirte, desto mehr machte es auf mich den Eindurck als wenn das inspiratorische Zusammentreten der Stimmbänder eine durchaus *active* durch Contraction der Musculi thyreo-arytaenoïdei interni bewirkte Bewegung sei und nicht durch passive Aspiration und den überwiegenden Druck des inspiratorischen Luftstromes bewirkt würde, wie Sommerbrodt[5]) solches in seinem Fall beschreibt. Dieser Eindruck wurde durch folgende Eigenthümlichkeiten des Vorganges hervorgerufen: Erstens trat die inspiratorische Verengerung der Glottisspalte genau isochron mit dem Beginn der Inspirationsbewegung des Thorax ein, um ebenso genau mit dem Ende derselben wieder nachzulassen, wobei es ganz gleichgültig war, ob Pat. stark oder schwach zu inspiriren versuchte; zweitens blieb die Weite oder besser Enge des Spaltes vollständig unbeeinflusst von der allmälig wachsenden Stärke des Inspirationszuges, und drittens war von einer Einwölbung der Stimmbänder nach unten hin, welche bei einer passiven Aspiration derselben doch wohl zu erwarten gewesen wäre, Nichts zu bemerken; sie hingen nicht wie schlaffe Segel ins Lumen des Kehlkopfes hinein, sondern erschienen während der Inspiration gradlinig und gespannt. Nur wenn bei forcirter Einathmung der heulende Ton entstand, wurden die äussersten Ränder der Stimmbänder, soweit sie sich sichtbar an der Vibration betheiligten, insofern nach unten angesogen, als die Vibrationen nach dem Typus nicht der durchschlagenden, sondern der in gleicher Richtung mit dem Luftstrom nach unten ausschlagenden elastischen Pfeifenzungen vor sich zu gehen schienen.

Die exspiratorische Erweiterung der Stimmritze geschah offenbar nicht durch den von unten her andringenden Luftstrom, sondern trat gleichzeitig mit dem Aufhören der Inspiration ein, bevor noch eine merkliche Exspirationsbewegung stattgefunden hatte. — Beim Phoniren spannten sich die Stimmbänder scheinbar ebenso an, wie beim Inspiriren, nur war es zugleich sehr deutlich zu bemerken, wie nun auch die Spitzen der Aryknorpel sich mit einer präcisen, raschen Bewegung einander näherten und in der Mittellinie an einander legten, um mit dem Aufhören des Phonirens ebenso rasch aus einander zu weichen. Die Musculi arytaenoïdei waren also nicht gelähmt und die unbewegliche Aneinanderlagerung der Processus vocales war lediglich ein Effect der doppelseitigen Posticuslähmung. — Die Schleimhaut der Stimmbänder befindet sich im Zustande des chronischen Catarrhes, ist verdickt, von grauröthlicher Farbe, etwas rauh und lateralwärts roth injicirt. Am vordern Ende beider Stimmbänder sieht man kleine, flache höckerige röthliche Wucherungen, wie sie als Chorditis tuberculosa oder Trachom der Stimmbänder beschrieben worden sind.

(Fortsetzung folgt.)

[5]) Breslauer ärztl. Zeitschrift, 1880. № 1.

Die Gesundheitsverhältnisse der Wöchnerinnen im St. Petersburger Gebärhause. Sublimat.

Von

Prof. Dr. E. Bidder.

Seit dem Jahre 1876 zeigten die Gesundheitsverhältnisse der St. Petersburger Gebäranstalt ein ziemliche und recht günstige Constanz: Die allgemeine Mortalität schwankte zwischen 1,3 % und 1,9 %, die Mortalität an puerperalen Erkrankungen zwischen 1,02 % und 1,46 %. Wir schrieben diese im Vergleich zu früheren Zeiten brillanten Resultate einmal der mehr und mehr eingeführten Desinfection zu, besonders aber dem Umstande, dass die Schülerinnen, die bei der Geburt und im Wochenbett vorzugsweise in nahe Berührung mit unseren Pfleglingen kamen, in erhöhtem Maasse zur Mitverantwortung herbeigezogen wurden, indem jede eintretende Kreissende einer Schülerin zugewiesen wurde, die sie bis zu ihrem Austritt aus der Anstalt pflegen musste und für deren Befinden der Schülerin Censur ertheilt wurde. Wir konnten, wie gesagt, mit dem Resultat im Verhältniss zu unserer eigenen Vergangenheit zufrieden sein, aber andererseits uns der Wahrnehmung nicht verschliessen, dass wir doch noch hinter vielen Schwesteranstalten, besonders in Deutschland, zurückstanden, Anstalten, die scheinbar unter ganz gleichen Bedingungen leben und vor der unsrigen nur den Vorzug hatten, dass sie mit ständigen Assistenzärzten arbeiten.

Nahe genug lag daher der Versuch unsere wechselnden dejourirenden Aerzte in ähnlicher Weise, wie die Schülerinnen, durch ein grösseres, persönliches Interesse an die Pfleg-

linge zu binden. Es wurde zu dem Zweck die Einrichtung getroffen, dass die im Verlaufe eines Dejourtages von 24 Stunden niedergekommenen Wöchnerinnen auch von denselben Aerzten weiter verpflegt werden sollten bis zur Entlassung oder bis zur eventuellen Erkrankung und Ueberführung in das mit besonderem Pflegepersonale versehene Lazareth. — Diese Einrichtung wurde im November 1882 getroffen, hatte aber durchaus keinen guten Erfolg, indem im November von 275 Wöchnerinnen 5, im December von 301—5, im Januar von 314 sogar 12 Wöchnerinnen an puerperaler Infection zu Grunde gingen.

Da also die beiderseitige, aber getrennte Verantwortlichkeit der Aerzte und Schülerinnen nicht genügte, so wurde im Laufe des Februar 1883 eine solidarische Verantwortlichkeit beider in der Weise hergestellt, dass jedem Dejourtage, d. h. jeder Gruppe von Aerzten, eine bestimmte Anzahl Schülerinnen und bestimmte dejourirende Hebammen zugewiesen wurden, die nun gemeinschaftlich die Last zu tragen hatten, die Aerzte natürlich in erster Instanz als Führer und Leiter. Das Resultat war nun ein ganz überraschendes. Ich führe zunächst die allgemeinen Summen an, um später auf ein Paar Einzelheiten einzugehen [1]).

(Schluss folgt).

Referate.

A. N. Solowjew: Ueber Totalexstirpation des carcinösen Uterus. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 8).

Verf. berichtet über 10 von ihm ausgeführte vaginale Totalexstirpationen des Uterus wegen Carcinom. 3 Pat. starben, von den geheilten blieb eine 1 Jahr 8 Monate ohne Recidiv, eine zweite 6 Monate, d. h. beide bis zur Berichterstattung. Zwei Pat. starben am Recidiv, nur eine an Sepsis. Die Operation wurde nach den Vorschriften Schroeder's gemacht. Die Methode wird ausführlich besprochen und die etwa nothwendig gewordene Abweichung in einzelnen Fällen berichtet. Verf. lässt die Freund'sche Operation gelten, doch nur für die Fälle, in denen die vaginale Exstirpation unmöglich geworden. Für die letztere Operation fügt Verf. zu der von Langer gesammelten Casuistik von 133 Fällen noch 35 neue hinzu. Von diesen 168 nach der vaginalen Methode operirten Patienten sind 26,2 % gestorben, 73,8 % genesen. Die bisher am längsten andauernde Heilung währte 1 Jahr 8 Monate, was Verf. nicht einer Mangelhaftigkeit der Operationsmethode, sondern dem Umstande zuschreibt, dass bisher noch nicht früh genug hat operirt werden können. T.

S. Laache: Molluscum contagiosum giganteum. (Nord. med. Archiv. Bd. XIV № 21).

Vf. fand bei einem 56-jährigen Weibe, an der rechten Seite des Hinterkopfs eine, auf der Unterlage verschiebbare, an ihrer Oberfläche excariirte Geschwulst, die die Grösse zweier Fäuste hatte. In der Nähe des Geschwulst, am rechten Proc. mastoideus lagen mehrere hart infiltrirte Drüsen. Die Geschwulst war sehr langsam, im Laufe von 30 Jahren, bis zu ihrer gegenwärtigen Grösse angewachsen.

Bei der mikroskop. Untersuchung zeigte die Geschwulst vollständig den Bau des Mollusc. contagios. L. konnte überall die bekannten, wachsglänzenden Molluscumkörperchen nachweisen und neben diesen Uebergangsstufen, die man noch als epidermoidale Gebilde unzweifelhaft erkennen konnte. In Bezug auf die Genese des Molluscumkörperchen schliesst sich L. also Virchow und Bizzozero an. Fr.

Köberle: Ueber Ovariotomien. (Gaz. med. de Strasbourg № 3).

Am 3. Januar a. c. hielt K. in der med. Gesellschaft Strassburgs einen Vortrag, dem wir Folgendes entnehmen: Die guten Resultate der letzten Jahre bei Ovariotomie verdanken wir der subtilen Reinlichkeit und dem Versenken des Stieles. Anfangs hatte K. 30 % Mortalität, die allmälig bis auf 4 % heruntergegangen.

Seit 1880 hat K. das Versenken des Stieles adoptirt, dabei wendet er aber weder Spray noch Drain oder antiseptische Verbände an. Bis Ende 1883 wurden in dieser Weise 68 Fälle operirt und behandelt. Dabei 4 Todesfälle. P.

Prof. Lücke: Ueber eine gewöhnliche Ursache von Genu valgum bei Kindern. (Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 10).

Verf. glaubt in den letzten Jahren eine Zunahme in der Häufigkeit des beiderseitigen Genu valgum bei Kindern bemerkt zu haben und zwar nicht nur bei rhachitischen, sondern auch bei anderen, theils schwächlichen theils sogar gut genährten Kindern. Er bringt diese Beobachtung in ursächlichen Zusammenhang mit der letzthin zunehmenden Mode bei Kindern den Strumpf vor dem Hinabgleiten zu schützen durch Strumpfhalter, welche am Strumpf aussen festgenäht sind und nach oben über die äussere Seite des Oberschenkels hinlaufen und dann am Corset oder Unterjäckchen festgeknüpft werden. Stärkere, elastische Bänder wirken durch directe Gewalt auf das Knie ein, aber auch bei schwächeren giebt das Kind beim Laufen freiwillig der hemmenden und unangenehmen Zugwirkung nach Möglichkeit durch Aussenrotation im Knie nach.

Verf. hält Strumpfbänder, die über dem Knie befestigt werden, für unschädlicher, da hier kaum von Stauung in den Venen durch circuläre Compression die Rede sein könne, weil die Gefässe tief liegen. T.

Déjérine und Babinsky: Bemerkung über einen Fall von pseudolobärer tuberculöser Pneumonie mit fehlenden Bacillen im Auswurf. (Rev. de médéc. 1884 № 2).

24-jähriger Koch am 22. September 1883 ins Hôtel-Dieu aufgenommen, seit einem halben Jahre an zunehmender Schwäche, Abmagerung, Husten leidend, vor 3 Wochen Seitenstiche links, Frost, Fieber, blutiger Auswurf. Die Untersuchung ergiebt: LH. absolut gedämpfter Schall im oberen Drittel, verstärkter Pectoralfremitus, Fehlen des Vesiculärathmens, tubäres Blasen, feines crepitirendes und subcrepitirendes Rasseln, intensive Bronchophonie, in den zwei unteren Dritteln disseminirtes subcrepitirendes Rasseln. LVO. Percussionsschall voller als RV, rauhes Athmen, kein Rasseln. Die rechte Lunge gesund, so wie die übrigen Organe. Am 25. September Ausbreitung des Processes nach unten, am 28. Aegophonie und verschleiertes sanftes Blasen an der linken Lungenbasis. Am 1. October Untersuchung der Sputa auf Bacillen nach Ehrlich, Ehrlich-Weigert und Weigert mit negativem Resultat. Am 9. October Zeichen von Infiltration der rechten Lungenspitze. Der Kranke geht am 22. October an Entkräftung zu Grunde; eine dreimalige Untersuchung der Sputa ergiebt Abwesenheit von Bacillen. Section: käsige, lobuläre Pneumonie des linken Lungenflügels, leberharte Infiltration der entzündeten Theile, an der Spitze mehr ausgesprochen, 2 haselnussgrosse Cavernen in derselben. In der rechten Lunge ähnliche Veränderungen, wie in der linken, nur in geringerem Maasse. Die mikroskopische Untersuchung der Käseknoten ergiebt, dass jeder Knoten aus mehreren elementaren Knötchen besteht, welche einen, in seinen Wänden Granulationszellen enthaltenden und erweiterten Bronchiolus umgeben; die graugelb nach Zusatz von Pikrocarmin sich färbenden Lungenalveolen sind deutlich abgegrenzt, enthalten eine körnige Masse, doch sind Kerne und Zellencontouren nicht deutlich unterscheidbar. Die, die Alveolen auskleidenden Zellen sind gequollen, gekörnt, in den Alveolen finden sich Epithelialzellen, fibrinöses Exsudat und weisse Blutkörperchen. Die intralobulären Gefässe sind erweitert; mehrere Schnitte, nach Ehrlich's Methode behandelt, zeigen den Bacillus tuberculosis in ziemlich geringer Menge, in den käsigen Massen zerstreut liegend.

Die Sputa waren vollkommen wie bei Phthise gestaltet, wiesen aber keine Bacillen auf, was indessen Vulpian und Déjérine nicht abhielten, die Diagnose auf tuberculöse Pneumonie zu stellen. Das Fehlen der Stäbchen im Auswurf führen Verf. auf den Mangel einer Erweichung des erkrankten Gewebes zurück, weshalb eine Expectoration aus dem infiltrirten Gewebe nicht gut möglich war; die beiden Cavernen, welche eine Verbindung zwischen Bronchien und Lungen herstellten, traten erst in den letzten Lebenstagen auf, wo auf Bacillen nicht mehr gefahndet wurde. Das Fehlen der charakteristischen Stäbchen im Sputum ist um so auffälliger, da nach Koch sie im Auswurf, der, wie es scheint, ein geeignetes Medium für die Entwickelung darbietet, reichlicher, als im Lungengewebe selbst auftreten. Es ist möglich, dass in den Fällen von mangelnden Bacilli das inficirende Princip sich unter einer anderen Form präsentirt (Moccadinen nach Klebs, Mikrokokken nach Toussaint, Aufrecht, Zoogloea nach Malassez und Vignul). Wie dem auch sei, so muss die Anwesenheit des Bacillus in der käsigen Pneumonie als weitere Bestätigung, der von den Anatomen aufgestellten Theorie von der Einheit der Tuberculose gelten; es ist nur ein Fall von Cornil und Babés (Journal de l'anatomie de Robin 1883) bekannt, in welchem der Bacillus bei der käsigen Pneumonie nicht gefunden wurde. Hz.

Maradon de Montyel: Klinische Untersuchungen über die Beziehungen der Geisteskrankheiten zur Fruchtbarkeit der Eheleute und der Kindersterblichkeit. (L'Encéphale 1883 № 4).

M. hatte Gelegenheit, genaue Nachrichten über 40 Familien, in welchen Geisteskrankheiten erblich waren, zu erhalten. In diesen Familien waren 141 Ehen fruchtbar, 24 kinderlos, Kinder gab es im Ganzen 677, etwa 5 auf jedes Ehepaar, die Sterblichkeit unter den Kindern betrug in der ersten Periode der Kindheit 243 oder 36 %, in der zweiten 35 oder 8 % und in der dritten 9 — 2,5 %. Eine Vergleichung der Zahl der fruchtbaren und unfruchtbaren Ehen mit den Geburten und Todesfällen nach Generationen (bis zur dritten) führt Vf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Familien mit hereditären Geisteskrankheiten zeichnen sich aus durch 1) ein häufigeres Vorkommen unfruchtbarer Ehen 1 : 7,

[1]) Eine ausführliche Bearbeitung der einschlägigen Fragen hat unser College, Dr. Beläjew, unternommen.

anstatt 1 : 8,5., 2) eine zahlreiche Nachkommenschaft in den fruchtbaren Ehen, 5 auf jede anstatt 3, 3) eine grosse Kindersterblichkeit bis zum 2. Lebensjahre, 26 % anstatt 20 %.

2. Das Zusammentreffen dieser drei Eigenthümlichkeiten in einer Familie geben dem Arzte Recht zur Annahme einer psychopathischen Erblichkeit in derselben.

3. Der Einfluss dieser Heredität auf die Fruchtbarkeit der Eltern und die Sterblichkeit der Kinder in einer Familie ist je nach der Generation verschieden.

4. Der erste Ausdruck dieses Einflusses erscheint in der Vermehrung der Fruchtbarkeit und beim Häufigerwerden der Sterilität, letzteres übrigens nur in den späteren Generationen.

5. Die psychopathische Erblichkeit führt theils durch die grössere Sterblichkeit der Kinder, theils auch durch die Unfruchtbarkeit der Ehen zum Untergange der von ihr beherrschten Familien.

6. Das Vorhergehende bestätigt das Factum, dass die Ehen der ersten Generationen eine zahlreiche Nachkommenschaft haben, während die folgenden Ehen immer schwächere und schliesslich garkeine Kinder produciren.

7. Es ist wahrscheinlich, dass die Sterblichkeit in der ersten Kindheit mit den Generationen zunimmt, die Lebensfähigkeit der Kinder gleichzeitig mit ihrer Zahl abnimmt.

8. Die psychopathische Erblichkeit sowohl von Seiten des Vaters, als auch von der Mutter, einzeln genommen, bestätigen dieses eben ausgesprochene allgemeine Gesetz.

9. Die Erblichkeit von Seiten des Vaters beeinflusst die Fruchtbarkeit mehr, als die von Seiten der Mutter, ebenso auch die Sterilität der Ehen und die Kindersterblichkeit.

10. Die psychopathische väterliche Erblichkeit äussert sich folglich besonders an den Nachkommen in deren ersten Lebensjahren, die mütterliche aber in den spätern Jahren.

(Westnik Psychiatr. I, 2).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Cursus der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Von Prof. M. Chomjakow. — Kasan. Lieferung I: Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Kasan 1884. 176 pag.

In erfreulicher Weise behinnt die Zahl der in russischer Sprache geschriebenen selbständigen Handbücher von Jahr zu Jahr zu steigen und daher begrüssen wir mit Vergnügen das vorliegende Werk. Wie Vf. selbst sagt, ist es vorherrschend für seine Zuhörer bestimmt, und allerdings macht sich dieses auch in der Kürze der Behandlung einzelner Capitel geltend. Im Allgemeinen zeichnet sich das Buch, soweit man aus der ersten Lieferung urtheilen kann, durch klare und dabei knappe, präcise Darstellungsweise aus und ist zum Gebrauch für Vorlesungen entschieden praktisch. Wir möchten uns jedoch erlauben dem Vf. einige Winke für die nächsten Lieferungen zu geben. Die Kürze, deren sich der Vf. befleissigt, ist gewiss gut, doch scheint es uns praktisch, wenn man, ohne durch übermässige Quellenangaben das Buch zu vergrössern, bei den wichtigsten Fragen kurze Literaturangaben macht, um es so dem Anfänger zu erleichtern, sich specieller informiren zu können. Ferner weicht Vf. von dem jetzt doch schon allgemein acceptirten Modus ab, die Namen der nicht russischen Autoren mit lateinischen Buchstaben zu schreiben. Man könnte es wenigstens in der Weise thun, dass man neben dem russisch geschriebenen Namen in Klammern denselben in lateinischen Buchstaben hinzufügt.

Zum Schluss noch eine kleine Bemerkung hinsichtlich der Therapie bei Cystitis. Vf. empfiehlt dabei warm die Verabreichung grosser Dosen von Kali chloricum (10 Gran 2stündl.), während man in neuester Zeit, und mit Recht, jedoch davor wieder gewarnt hat. Dagegen erwähnt Vf. der Salicylsäure bei Cystitis garnicht. Wir hoffen, dass die folgenden Lieferungen recht bald erscheinen werden und kommen dann, wenn das Buch vollständig, noch auf dasselbe zurück. Hervorzuheben wäre noch, dass die Ausstattung eine äusserst saubere und correcte ist. P.

Ophthalmologischer Bote (Вѣстникъ офтальмологіи), alle 2 Monate erscheinendes ophthalmologisches Journal, herausgegeben von Prof. A. W. Chodin in Kiew.

Genanntes Journal ist das erste ophthalmologische Organ in russischer Sprache. Die Existenz eines solchen ist jedenfalls eine wohlberechtigte und der bisherige Mangel desselben von der grössten Anzahl der russischen Collegen ein stark empfundener. Was die Zwecke und Ziele des neuen Journals anbelangt, so glauben wir am Besten zu thun, wenn wir uns möglichst strict an das halten, was der Herausgeber in seiner, dem ersten Hefte des Blattes beigegebenen Einleitung sagt.

In dem Ophthalmologischen Boten sollen nach Möglichkeit alle selbständigen russischen Arbeiten aus dem Gebiete der Ophthalmologie untergebracht werden. Dieses soll jedoch nicht der einzige Zweck des neuen Journals sein, das Blatt soll auch den russischen Aerzten die Möglichkeit geben, der Entwickelung der ophthalmologischen Wissenschaft im Auslande zu folgen, was den meisten von ihnen bisher fast unmöglich war, hauptsächlich in Folge der für sie bestehenden Unzugänglichkeit der grossen Anzahl der ausländischen Zeitschriften. Der Mehrzahl der russischen Aerzte ist es beschieden unter Verhältnissen zu arbeiten, wo sie selbst die einzige und jede Hülfe ihren Kranken bringen müssen (beim Militär und auf dem Lande), wo die grosse Masse der Augenkranken nicht im Stande ist die Hülfe eines Specialisten einer grossen Stadt zu suchen, — diese Hülfe kann aber nur geleistet werden von einem Arzte, der mit dem Stande der Wissenschaft vertraut ist.

In Anbetracht dieses zweiten vielleicht noch wichtigeren Zweckes soll in dem neuen Journale die ophthalmologische Literatur des Auslandes in Form von Referaten die ihr gebührende Berücksichtigung finden.

Bis jetzt liegen uns die beiden ersten Hefte (Januar-Februar und März-April) des Ophthalmologischen Boten vor Augen, und behalten wir uns vor, die darin enthaltenen Originalarbeiten demnächst zu referiren. Die bisher gebrachten Referate aus den ausländischen Journälen sind vollständig und zum grössten Theil gut und eingehend genug, um den Leser mit den Originalien vertraut zu machen.

Wir von unserer Seite können dem neuen Unternehmen nur Glück wünschen! L—.

Vermischtes.

— Die *Berliner Poliklinik* hat, wie uns der dirigirende Arzt derselben Dr. Ludwig Loewe mittheilt, einige beachtenswerthe Neuerungen getroffen. Es sollen fortan zu allen mit praktischen Uebungen verbundenen Cursen nur je 6 Theilnehmer zugelassen werden. Bei mehr als 6 Meldungen werden Parallelcurse eingerichtet. Sehr praktisch finden wir die neue Einrichtung, dass an der Berliner Poliklinik für jedes Specialfach je eine, immer für je 3 Monate zu vergebende Assistentenstelle errichtet wird, um denjenigen Collegen, welche den Wunsch einer gründlicheren specialistischen Ausbildung hegen, hiezu Gelegenheit zu bieten. Die gewesenen Assistenten sollen geeigneten Falls zur Abhaltung der Parallelcurse herangezogen werden. Da beabsichtigt wird, die Berliner Poliklinik zu einem internationalen Unterrichtsinstitut für Aerzte aller Länder auszubilden, so werden die Assistentenstellen auch an russische Aerzte vergeben werden, um auf diese Weise Docenten zur Abhaltung der Curse in russischer Sprache zu gewinnen.

— Der Andrang zum Studium der Medicin ist auf vielen russischen Universitäten ein so grosser, dass dieselben gezwungen sind, sich dagegen zu wehren. So hat der Conseil der Charkow'schen Universität beschlossen wegen der engen Räumlichkeiten zu dem ersten und zweiten medicinischen Cursus keine Studenten von anderen Universitäten zuzulassen; bei der Wladimir-Universität in Kijew findet in diesem Jahre garkeine Neuaufnahme statt, da dieselbe zu dem ersten medicinischen Cursus nur 150 Studirende zuzulassen beabsichtigt, während in diesem Cursus noch vom vorigen Jahre her gegen 200 zurückgeblieben sind.

— Der Docent der Kijewer Universität Dr. Tolotschinow hat einen Ruf als Professor der Geburtshülfe an die Warschauer Universität erhalten.

— *Verstorben*: 1) In Dorpat der frühere Professor und Director des dortigen Veterinär-Instituts, wirkl. Staatsrath Unterberger, 73 Jahre alt, welcher seiner Zeit auch Vorlesungen über Epizootien für die Medicinstudirenden an der Dorpater Universität hielt; 2) in Reichenhall der Odessaer Arzt Dr. Zederbaum im 33. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht.

— Der bisherige Director der Wiener Poliklinik, Prof. Dr. Auspitz scheidet in Folge seiner Ernennung zum Primärarzt der Abtheilung und Klinik für Syphilis am allgemeinen Krankenhause in Wien aus dem Verbande der Poliklinik. Bei den Neuwahlen ist von dem Lehrkörper der Poliklinik Prof. Dr. Schnitzler zum Director, Prof. Dr. Monti zum ersten Director-Stellvertreter, Docent Dr. Ultzmann zum zweiten Director-Stellvertreter und Docent Dr. Urbantschitsch zum Schriftführer gewählt worden. Die Abtheilung für Hautkrankheiten und Syphilis, welcher bisher Prof. Auspitz leitete, ist dem Docenten Dr. Hans v. Hebra übertragen worden.

— Wie der «Wratsch» mittheilt, hat Prof. K. Winogradow interessante Veränderungen in den Ganglienknoten des Herzens bei einem Kranken, der während des Chloroformirens gestorben war, gefunden, wodurch ein neues Licht auf die Ursache des Chloroformtodes geworfen wird.

— Um die Stadthospitäler in Warschau von den vielen unheilbaren Kranken zu befreien und dadurch die Ueberfüllung der Hospitäler zu beseitigen, hat die Verwaltung dieser Hospitäler in dem Städtchen Kalwaria bei Warschau ein Krankenhaus von 300 Betten für unheilbare Kranke eingerichtet. Ausserdem ist in der Stadt Warschau selbst ein Asyl für Reconvalescenten errichtet.

— Professor Gautier hat der französischen Academie des sciences die Mittheilung gemacht, dass es ihm gelungen sei das Xanthin auf synthetischem Wege darzustellen. Er hält die künstliche Herstellung des Xanthin für den ersten Schritt zur Synthese der Eiweisskörper.

— In der Stadt Madras (Ostindien) ist eine *Pockenepidemie* ausgebrochen, welche grosse Verheerung unter der dortigen Bevölkerung angerichtet hat. Um die Mitte des Märzmonats sollen täglich etwa 50 Personen bei einer Einwohnerzahl von 400,000 Personen gestorben sein.

— Die *Cholera* in Toulon und Marseille nimmt einen immer drohenderen Charakter an. In Toulon ist bereits ein Marinearzt Dr. Victor Borel, 33 Jahr alt, der Seuche zum Opfer gefallen. Dr. Koch aus Berlin ist in Toulon eingetroffen, um den Charakter der Epidemie festzustellen und weitere Studien über die Natur der Seuche und ihrer Fortpflanzung zu machen. Hoffentlich gelingt es, der Weiterverbreitung der Seuche Einhalt zu thun. (Bei dieser Gelegenheit wollen wir darauf aufmerksam machen, dass nach den neuesten Erfahrungen des deutschen Reichs-Gesundheitsamtes eine 5 % Carbolsäurelösung als das geeignetste Mittel zur Desinfection empfohlen wird). Ueber die Entstehung der Cholera in Toulon ist man in Frankreich nicht einig; die Franzosen wollen eine Einschleppung aus Tonking nicht zugeben, trotzdem die Erkrankungen in der ersten Zeit fast nur bei Matrosen, Soldaten und Marinearbeitern vorgekommen sind. Prof. Virchow wiederholt in dem Journal «Nation» den Vorwurf, welchen er vorher im deutschen Reichstage der französischen Regierung machte, dass sie nicht rechtzeitig die asiatische Cholera erkannt und zugestanden habe. V. tadelt es auch, dass der Ursprung der Touloner Epidemie noch nicht ermittelt wurde, namentlich im Hinblick auf die Schiffe aus Hinterasien. Bei einer Einschleppung wäre, meint V., die Cholera schon auf dem Schiffe erkannt worden. Nachdem die Seuche nun einmal von Toulon verschleppt sei, gebe es keine untrüglichen Sicherheitsmassregeln gegen dieselbe.

— Unter 92 während der Belagerung von Paris gezeugten Kindern hat Legrand du Saulle (nach der Revue scientifique) 64 mit körperlichen und geistigen Anomalien gefunden, die 28 anderen waren wenigstens im Allgemeinen schwächlich und kränklich. Von jenen 64 boten 35 Missbildungen oder Ernährungsstörungen, 21 intellectuelle Alterationen (Entwickelungshemmung, Imbecillität oder Idiotie), 8 Gemüths- oder moralische Störungen dar. Die Bezeichnung «Belagerungskinder» (enfants du siège), die in der Arbeiterbevölkerung gebräuchlich ist, hat demnach ihre thatsächliche Grundlage. — Legrand du Saulle sieht die Ursache dieser Zustände in der Vereinigung des Alcoholismus, der Inanition und des psychischen Chocs bei den Eltern. (A. m. C.-Ztg.)

— In Frankfurt a./M. hat sich ein Comité gebildet, welches einen Aufruf zur Errichtung eines *Denkmals für Samuel Thomas von Sömmering* publicirt, der nicht allein als Anatom, Physiolog und Arzt hervorragt, sondern auch als Erfinder der elektrischen Telegraphie sich um die Entwickelung des menschlichen Verkehrs und damit der Cultur überhaupt unsterbliche Verdienste erworben hat. Das überlebensgrosse Standbild Sömmering's, welches von dem Bildhauer von der Launitz modellirt ist, soll in der Stadt Frankfurt, in welcher Sömmering Jahrzehnte lang als Arzt gewirkt und in welcher er seine letzte Ruhestätte gefunden hat, aufgestellt werden. Beiträge nehmen die Comité-Mitglieder Staatsrath Dr. L. Knopf, Dr. med. J. de Bary und L. A. Ricard-Abenheimer in Frankfurt a./M. entgegen.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 17. Juni 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2339	1692	4031
Kinderhospitäler	140	110	250
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	121	58	179
Scharlach	14	9	23
Pocken	8	13	21
Venerische Krankheiten	282	389	671

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 11. bis 16. Juni 1884 besucht von 2704 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1116.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 17. bis 23. Juni 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen. M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
313	235	548	119	65	93	14	9	16	57	44	39	34	19	23	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 24, Scharlach 6, Diphtherie 19, Croup 1, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 3.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 36, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 12, acute Entzündung der Athmungsorgane 60, Lungenschwindsucht 84, andere Krankheiten der Brusthöhle 13, Gastro-intestinal-Krankheiten 91, andere Krankheiten der Bauchhöhle 21, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 45, Marasmus senilis 24, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 16, Selbstmord 5, Mord 0.

— Andere Ursachen 7.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	1—7 Juni	181 732	40	7	16,8	17,5	24,3
Kopenhagen	4—10 Juni	267 000	123	8	24,0	6,5	42,0
Berlin	8—14 Juni	1 225 065	642	70	27,3	10,9	35,9
Wien	8—14 Juni	759 849	392	12	26,8	3,0	36,2
Brüssel	1—7 Juni	171 293	86	9	26,1	10,4	33,4
Paris	6—12 Juni	2 239 928	956	137	22,2	14,3	27,9
London	8—14 Juni	4 019 361	1450	272	18,8	18,7	36,2
St. Petersburg	15—21 Juni	928 016	571	93	32,0	16,2	30,0

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer, Средняя подъяческая домъ № 15 кв. № 8.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 28 Iюня 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 27. St. Petersburg, 7. (19.) Juli 1884.

Ueber Asthma bronchiale.

Vortrag gehalten im Deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 30. April 1883

von

Dr. E. Moritz.

(Fortsetzung und Schluss.)

Das Capriciöse, oft scheinbar Unerklärliche bei Entstehung des Asthma-Anfalls, sein oft foudroyanter Beginn und auch rasches, wenn auch stets etwas langsameres Schwinden, die so verschiedene pathologische Voraussetzung der einzelnen Fälle — das sind die Umstände, welche von jeher dem Scharfsinn der Beobachter die grössten Schwierigkeiten gemacht und eine Menge der verschiedensten Asthmatheorien verschuldet haben. Sie drängen jedem Unbefangenen ohne Weiteres die Ueberzeugung auf, dass beim Zustandekommen des Asthma-Anfalls das nervöse Element eine hervorragende Rolle spielt. Ehe ich auf die Theorie eingehe, muss ich mir erlauben, Ihnen aus meiner Selbstbeobachtung eine Anzahl Details zu referiren, denn auf diese werde ich später mich stützen müssen.

Bereits früher habe ich erwähnt, dass ich seit vielen Jahren im Besitz einer Bronchiolitis exsudativa bin, die auch in Zeiten völligen subjectiven Wohlbefindens das beschriebene characteristische Sputum in geringen Mengen liefert. Nicht selten jedoch steigert sich die Secretion der Bronchialschleimhaut, so dass man einfach Bronchialcatarrh constatirt; namentlich während der kalten Jahreszeit ist die Secretion fast constant stärker und nach frischen «Erkältungen» mit floridem Schnupfen ist meistens für einige Wochen ein tüchtiger acuter Bronchialcatarrh vorhanden, den bisweilen auch vorübergehende Fieberbewegungen begleitet haben, vor ca. 1½ Jahren kam es dabei zu einer auf einen kleinen Bezirk beschränkten etwa 4—5-tägigen Pneumonie. Das ist der Hintergrund, auf welchem sich die Asthma-Scenen abspielen. Die Momente, welche bei mir den Anfall hervorrufen sind jedoch zu allen Zeiten dieselben, nur mit dem Unterschiede, dass sie in guten d. h. catarrhfreien Zeiten nur geringe, in schlechten sehr heftige Wirkung haben. Zu den am sichersten selbst bei bestem Wohlbefinden Asthma machenden Momenten gehören folgende:

Ganz sicher ist mir ein Anfall, wenn ich in der Nacht geweckt werde und ins Freie hinaus muss; — das ist sogar im Sommer wirksam und bisweilen auch an solchen Orten, die ich sonst als immun gegen Asthma kenne. Nächstdem sind es bestimmte Wohnungen, die mir, wenn ich mich in ihnen 10—15 Min. aufgehalten habe sicher einen Anfall eintragen. Es ist mir nicht möglich gewesen mit einiger Sicherheit zu ermitteln, welche Eigenschaften eine Wohnung zu einem Asthma-Quartier für mich machen; meistens sind es Locale, welche schwach ventilirt, eng bewohnt und sehs warm sind, — doch giebt es auch einige, bei welchen dar gerade Gegentheil der Fall ist. In solchen Wohnungen kommt der Anfall rascher und heftiger zu Stande wenn ich mich etwas erhitze, sei es durch Manipulationen am Kranken, Auscultiren, Bücken, Verbinden, sei es auch nur durch ein halbes Glas Wein. Alle diese Asthmaquartiere sind mir im Sommer, wenn die Fenster weit offen stehn beinahe ganz ungefährlich. Die Empfänglichkeit für Asthma ist bei mir immer bei Nordostwind bedeutend grösser; ein noch so starker Südwest dagegen vermindert die Disposition. Ueber den Einfluss der Jahreszeit und der Windrichtung differiren die Angaben der Autoren in hohem Grade; während die Franzosen bes. Trosseau den Sommer und Südwest schädlicher finden, — ist bei uns im Norden nach meiner Wahrnehmung Herbst, Winter und Nord-Ost das Schlimmere, der Holländer Prof. Rosenstein fand dasselbe*), — vielleicht weil bei uns die catarrhalische Voraussetzung viel mehr ausgesprochen ist. —

In der Reihe der Eigenthümlichkeiten des Asthma spielt eine grosse Rolle der periodische nächtliche Anfall: man erwacht, nachdem man ganz frei athmend eingeschlafen, zu einer bestimmten Stunde in der Nacht mit dem Gefühl von unbestimmter Beklemmung, dasselbe steigert sich rasch zu einem förmlichen Anfall, der eine Stunde oder mehr dauert und allmälig unter Expectoration eines relativ dünnflüssigen Schleims abfällt. Die Zeit des Anfalls liegt meist zwischen 3 und 5 Uhr Morgens; nach Absolvirung desselben folgen nicht selten noch einige Stunden ruhigen Schlafs. In dem expectorirten Schleim kommen nicht selten Spiralenhaltige festere Fäden und längliche Klümpchen vor. Die alte Dame meiner Verwandschaft, deren ich bereits erwähnte, hat ihre Anfälle seit 31 Jahren immer zwischen 4 und 5 Uhr früh. Ich selbst habe in meiner gegenwärtigen Stadtwohnung um 5 Uhr jede Nacht einen mehr oder minder ausgesprochenen Anfall, der nur dann ausbleibt wenn ich gewisse Vorsichtsmaass-

*) Wm. Paget hat bei seinem Heufieber auch den Ostwind schädlich gefunden.

regeln beim Schlafengehn treffe (Abbrennen von Salpeter-Papier); in meinem Landhause am Strande bin ich frei und in der früheren Stadtwohnung war ich es auch. Wenn die Nacht gut vergangen war, ich vollkommen erquickt mich ans Aufstehn mache, pflegt neuerdings auch eine gewisse Oppression aufzutreten, gerade so, nur minder heftig, wie beim Aufstehen mitten in der Nacht. Diese Anfälle während der Nacht und am frühen Morgen sind besonders geeignet zur Selbstbeobachtung. Gewöhnlich ist die erste Sensation beim Erwachen eine unbestimmte Oppression, ein Bedürfniss tief zu athmen, ohne dass irgend welche abnorme Geräusche da sind und ohne Gefühl des Widerstandes in den Luftwegen. Nachdem ich mich einige Minuten, noch halb im Schlaf hin und her gewendet, folgt gewöhnlich als erstes Zeichen des wirklichen Anfalls ein Zufallen der Nase; das Athmen durch die Nase wird erschwert, geräuschvoll, pfeifend: Es ist die deutliche Empfindung einer Schleimhautschwellung in der Nase da, diese Erschwerung der Luftpassage durch die Nase geht bisweilen bis zur vollkommenen Verschwellung und Verschliessung des einen Nasenganges; gew. des tiefer liegenden, beim Umwenden auf der andere Seite, fällt der andere zu, während der erste sich öffnet. Nicht selten kommt, bei vorangegangenem leichten Schnupfen besonders, auch Niesen dabei vor. Wenn die Stenosirung der Nase einige 5—10 Minuten gedauert hat schliesst sich daran ein Kitzel im Kehlkopf, der entweder einige Hustenstösse oder auch nur Räuspern veranlasst, wobei dann sehr spärlicher heller, dünner Schleim producirt wird. Darauf erst beginnt das Schnurren und Pfeifen auf der Brust, in den Bronchen und damit auch die Dyspnoe. Hier anticipire ich eine therapeutische Bemerkung: Wenn ich während der Periode des Nasen-Asthma, — sit venia verbo, — den Rauch des Salpeterpapiers durch die Nase einziehe und auch per os inhalire, gelingt es meist den Anfall zu coupiren; bisweilen d. h. in relativ catarrhfreieren Zeiten wirkt wohl auch das Riechen an Terpenthin- oder Latschenkieferöl genügend. Carbollösung ist auch wirksam, jedoch individuell sehr verschieden, — bei mir selbst nicht genügend. Wenn man mit einiger Aufmerksamkeit an sich selbst den succesive auftretenden Symptomen folgt, so hat man die directe Sinneswahrnehmung, dass eine *Anschwellung der Wände sämmtlicher Luftwege*, angefangen von der Nase und bis hinab in die feinern Bronchen stattfindet, — nicht etwa eine Constriction. Am wenigsten deutlich ist die Anschwellung der Rachenschleimhaut, doch auch diese lässt sich bisweilen constatiren; die Anschwellung im Kehlkopf und der Trachea findet ihren Ausdruck in häufigem kurzen Räuspern, zuweilen durch Husten. Die grössten Beschwerden macht die Verminderung des Lumens in den mittleren und kleineren Bronchen und constituirt eben den eigentlichen Anfall.

Dass es sich um eine Schwellung handelt, wird durch den unmittelbaren Eindruck sowohl als durch die Gleichzeitigkeit der auch jeder 2. Person deutliche Schwellung der Nasenschleimhaut erwiesen. Einen Krampf irgend welcher Muskeln (Bronchialmuskeln, Zwerchfell) anzunehmen, liegt durchaus keine Nothwendigkeit vor, wie auch weiterhin gezeigt werden soll; aber selbst zugegeben, dass man bei dem ziemlich plötzlich eintretenden und rasch abklingenden nächtlichen Asthma-Anfall an eine krampfhafte Componente denken kann, so fällt doch jedwede Berechtigung weg, den gleichen Zustand, wenn er mehrere Tage und Nächte ununterbrochen mit nur geringen Remissionen andauert, — durch Krampf zu erklären. Wenn ein Asthmatiker einen acuten Catarrh der Luftwege acquirirt, so findet sehr gewöhnlich derselbe Vorgang statt, den ich soeben als typischen Verlauf des einzelnen Asthma-Anfalls beschrieben habe, nur mit dem Unterschiede, dass nun der ganze Process viele Tage und Wochen dauert. Es ist also zuerst heftiger Schnupfen da, daran schliesst sich nach einigen Tagen rauhe Stimme, Räuspern, dann vermehrte Secretion von Bronchialschleim und die als Asthma wohlbekannte Verschwellung der kleineren Bronchen mit Dyspnoe, Pfeifen, Schnurren, Giemen u. s. w. Es ist eben in dieser Folge das Asthma nur ein bestimmtes Stadium des Catarrhs und dauert dann durch Tage und Wochen, — allerdings mit wechselnder Intensität, die wiederum von denselben Momenten bedingt ist, wie der vereinzelte Anfall. Bei sehr hochgradiger Affection, mit gleichzeitigem Emphysem, ist die Dyspnoe nicht mehr remittirend und dann entwickelt sich auch Cyanose und das Bild langsamer Kohlensäure-Vergiftung. Nun wäre es doch aller Analogie widersprechend, wollte man einen Krampf annehmen, der wochenlang dauert und, — wie das in solchen extremen Fällen zu sein pflegt, — durch Narcotica verschlimmert, durch Reizmittel eher gelindert wird. Ist somit für das *asthmatische Stadium eines acuten Bronchialcatarrhs*, das Tage lang dauert, — die Mitwirkung von Krampf nicht nöthig, warum glaubt man einen solchen für die Erklärung des vereinzelten Anfalls nöthig zu haben?

Einer der ersten Vertreter der Krampftheorie Trousseau führt in seinen eleganten Vorträgen über Asthma (Gaz. des Hopitaux 1858) viele Beweise für seine Theorie des Asthma nervosum an und wenn man dieselben einzeln prüft, so ist dadurch allerdings der *Nerveneinfluss* bezüglich des Zustandekommens des einzelnen Asthma-Anfalls erwiesen, — nicht aber, dass es sich um *Krampf* handelt; auch ist seine Polemik gegen seine nächsten Collegen Beau, der einen «catarrhe sec» annimmt, und Bretonneau, welcher in einer Congestion und Schwellung der Mucosa das Wesen des Asthma sieht, — durchaus nicht überzeugend. Wie schon früher angedeutet, möchte ich die seit Trousseau eingeführte Scheidung in Asthma nervosum und A. bronchiale nicht statuiren, obgleich ich die grosse Rolle des nervösen Elements für den einzelnen Anfall durchaus anerkenne.

Die Krampftheorien scheinen mir durch ihre Vertreter bereits hinlänglich gegenseitig widerlegt. Während Trousseau, Hyde-Salter*), P. Bert und später besonders Biermer, Leyden auch noch Curschmann das Wesen des Asthma-Anfalls in einem Bronchialmuskelkrampf sehen, haben Wintrich und Bamberger dieser Lehre in so überzeugender Weise opponirt, dass sie kaum mehr haltbar erscheint, — denn in der That, wie will man die Lungenblähung, den Tiefstand des Zwerchfells durch eine Contraction der Bronchiolen erklären. Auf einen wichtigen Einwand gegen den Bronchialmuskelkrampf möchte ich besonders hinweisen. Es ist die stärkere Secretion von Bronchialschleim, die den Anfall, besonders seine nachlassende Phase begleitet und eine längere Zeit nachher noch andauert. Findet eine Constriction der Bronchiolen durch Muskelkrampf statt, so muss doch die Schleimhaut anämisch werden und weniger secerniren. Steigerung der Secretion ist doch nur unter Voraussetzung eines gewissen Grades von Fluxion denkbar. Leider ist nur die von Wintrich, Bamberger, Fräntzel aufgestellte Theorie vom tonischen Krampf des Zwerchfells und der Inspirations-Muskeln noch weniger stichhaltig. Obgleich Riegel, der im Ziemssen'schen Handbuch neben Schleimhautschwellung noch den Bronchiolenkrampf zugiebt, neuerdings auf Grundlage seiner im Verein mit Edinger angestellten Untersuchungen denselben verwirft, hat er sich doch nicht entschlossen die Krampftheorie überhaupt ganz aufzugeben und sich Weber anzuschliessen, der wie mir scheint die richtigste Deutung giebt, indem er eine *Anschwellung der Bronchialschleimhaut in Folge von Erweiterung der Blutgefässe derselben durch vasomotorischen Nerveneinfluss annimmt.* Biermer, der bedeutendste Vertreter der Krampftheorie, giebt selbst zu, dass «das fluxionäre Element beim Bronchialasthma jedenfalls eine Rolle spielt», dass die Anfälle häufig mit Schnupfen und Bronchialcatarrh beginnen. «Es giebt Individuen, die zu jeder

*) Hyde-Salter führt das Auftreten der sogen. urina spastica als Beweis an. Doch kommt der häufige Harndrang mit schnellem Urin bekanntlich bei anderen Neurosen (Neuralgicen, prurigo u. s. w.) vor.

catarrhalischen Reizung Asthma hinzubekommen». Störk, der sich für diese Theorie ausspricht, statuirt auch noch Zwerchfellskrampf. Traubes und Fräntzels Catarrhus acutissimus plus Inspirationskrampf, Fränkels combinirte Theorie befriedigen ebensowenig, weil immer noch hypothetische Krämpfe, die durchaus nicht directer Beobachtung entnommen sind, eine Rolle spielen. Neuerdings ist nun Ungar aufgetreten mit einer muthigen Verwerfung aller Krampftheorien (Congress in Wiesbaden 1882); seine Erklärung ist aber nicht stichhaltig — er findet das Wesen des Asthma in der Gerinnselbildung, auf die ja auch Curschmann als auf die Voraussetzung für Asthma hinweist.

Es sei mir hier gestattet etwas näher auf einige Puncte einzugehen, welche von den Anhängern der Krampftheorien wie mir scheint unrichtig verwerthet werden.

In die Asthmalehre ist allmälig soviel Theorie hinein gerathen, dass es fast schwierig ist, bei der Beobachtung sich völlig frei von vorgefassten Meinungen zu halten. Versuchen wir es und gehn wir von einer unbestrittnen Voraussetzung aus. Alle Autoren sind darin einig, dass im Asthma eine Verengerung der mittlern und kleinen Bronchien stattfindet. Was sind die nothwendigen Folgen dieser Verengerung? Beginnen wir die Analyse im Moment der Athempause: Der Patient, ich will also sagen *ich selbst*, hat soeben ausgeathmet, ich habe mich soeben satt geathmet und für 2 Secunden steht die Maschine still. Dann tritt das Respirationsbedürfniss ein, ich beginne zu inspiriren; während sonst das Inspirium in etwa 2—3 Secunden ruhig und gleichmässig, ohne merkbare Muskelanstrengung sich vollzieht, ist jetzt ein Widerstand vorhanden, ich fühle bei beginnender Inspiration einen stetig zunehmenden allgemeinen Druck auf der Brust, etwa wie beim Stehn im tiefen Wasser bis ans Kinn; dieses Gefühl ist die Wahrnehmung der Druckdifferenz zwischen äusserm Athmosphären-Druck und der Luftverdünnung innerhalb des Thorax. Nun werden stärkere Muskelkräfte angespannt, — der Thorax folgt träge dem sich verstärkenden Zug und dehnt sich allmälig aus, indem die Luft zischend und laut schlürfend eindringt; dabei dehnen sich diejenigen Theile, auf die die stärkste Muskulatur wirkt am meisten aus, während andere Theile eines noch elastischen Thorax einsinken. Bei mir selbst kann ich bei jedem beginnenden Inspirium Einsinken der Herzgrube und der untern Hälfte des Sternum constatiren, — mit dem Tastercirkel auf etwa $1/2$ Cent. bestimmbar. Ist nun der Brustkorb ad maximum dilatirt, so ist doch noch nicht wie unter normalen Verhältnissen das Gefühl der Athmungssättigung vorhanden, der Thorax wird noch einige Augenblicke, oft über eine Secunde in dieser Maximalexpansion gehalten, während welcher noch etwas Luft langsam durch die verengten Canäle nachdringt und die eingesunkenen Stellen durch Elasticität sich wieder etwas ausdehnen. Dann steht die Maschine wieder auf einen kurzen Moment still, — ich fühle, dass nichts mehr eindringt, obgleich die eingeathmetete Luftmenge mich nicht ganz befriedigt; es ist noch eine geringe Luftverdünnung in den Alveolen vorhanden, aber ihre ansaugende Wirkung ist nicht gross genug um den Widerstand der verengten resp. occludirten Röhren zu überwinden. Nun folgt die exspiratorische Phase: plötzlich werden die Inspirationsmuskeln erschlafft und der Thorax seiner Elasticität überlassen, — momentan schnappt er in seine normale Gestalt zurück, die obere Hälfte des Sternum sinkt, die untere springt vor, es tritt Gleichgewichtsstellung ein, der Thoraxraum verkleinert sich etwas ohne dass Luft entweicht, nur dadurch dass ihr Volumen durch Sistirung der Expansionskraft sich vermindert, also durch Aufhebung der Luftverdünnung. Jetzt fällt aber der erweiterte Thorax nicht von selbst wieder zusammen, die Luft entweicht nicht ohne Weiteres durch die verengten Canäle, es wird die Exspirationsmusculatur in Thätigkeit gesetzt und sucht nun kräftig den Thorax zu comprimiren; das gelingt nun wiederum nur langsam unter lauten pfeifenden, singenden, schnurrenden Geräuschen und ebenfalls unter gewissen passiven Veränderungen der Gestalt des Thorax, indem nachgiebige Stellen durch den innern Ueberdruck sich etwas vorwölben. Während der 2—3 Secunden der exspiratorischen Arbeit, gewöhnlich ehe das eingedrungene Luftquantum völlig entfernt ist, tritt nun schon neuer Lufthunger, neues Athmungsbedürfniss ein, denn die inspirirte Luftmenge war etwas geringer als normal und das Ein- und Auspumpen derselben dauerte zu lange. So höre ich denn mit der forcirten Exspiration früher auf als die Ausgangsgrösse erreicht ist und gehe ohne Pause rasch und kräftiger wieder an ein neues Inspirium. Im Moment dieses Respirationswechsels schnellt nun der Thorax wieder in die umgekehrte Form zurück, expandirt sich plötzlich ohne dass sogleich Luft eindringt — lediglich dadurch dass die während des Exspirium comprimirt gewesene Luft im Innern verdünnt wird. Nun beginnt das soeben beschriebene Spiel von Neuem; je stärker die Verengerung der Bronchiolen, desto schwerere Arbeit hat die Muskulatur zu leisten, desto langsamer wird der Effect erreicht, desto weniger befriedigt jeder Athemzug den Lufthunger, und desto mehr habe ich Eile immer wieder zu *in*spiriren ehe ich noch mit dem *Ex*spirium ganz fertig bin; auf diese Weise komme ich allmälig zu immer zunehmender Menge von Residualluft, zu einer immer stärkern Lungenblähung. Der Ausgangspunct, von welchem aus das Inspirium einsetzt, rückt immer weiter in die Inspirationsstellung hinauf und zuletzt ist dann die exquisite Asthmastellung vorhanden, Tiefstand des Zwerchfells, äusserste Hebung der obern Thoraxapertur, allgemeine Lungenblähung. In dieser Stellung fühlt sich der Asthmatiker aber auch leichter und zwar aus einem Grunde, der von Ungar sehr mit Recht betont ist: nämlich weil die maximale Thoraxexpansion auch eine Erweiterung der verengten feinen häutigen Bronchialröhren zur Folge haben muss resp. die Ueberwindung des Widerstandes in denselben erleichtert. Das kann wohl jeder Asthmatiker gleich mir bestätigen, dass die *Inspiration* in ihrem *Beginn*, die *Exspiration* dagegen *gegen Ende* den grössten Kraftaufwand erfordert, — es ist also immer bei relativ *kleinem* Thoraxvolumen schwerer den Widerstand der Bronchiolenstenose zu überwinden als bei weitem Brustkorb. So richtig diese Ansicht Ungar's nach meiner Wahrnehmung ist, — so wenig ist sie doch geeignet seine Theorie über die Natur des Hindernisses in den Bronchiolen zu beweisen. Denn es ist wohl einleuchtend, dass die Verengung des Bronchiolenlumens bez. der Erschwerung der Luftpassage je nach den Respirationsphasen — die gleichen Resultate geben wird, ob nun diese Verengung durch Schleimgerinnsel (wie Ungar meint) oder durch Schwellung der Mucosa bedingt ist. Dass aber Ungar's Erklärung des Asthma nicht richtig ist, ergiebt sich schon daraus, dass während und bei nachlassendem Anfall ein viel dünnerer, flüssigerer Schleim expectorirt wird, als in der anfallsfreien Zeit. Das charakteristische Sputum der Bronchiolitis exsudativa mit seinen zähen Fäden und länglichen Klümpchen ist dann in einem viel dünnern Medium eingehüllt, — resp. fehlt ganz.

Aus der soeben gegebnen detaillirten Betrachtung der Aufeinanderfolge der Erscheinungen während der einzelnen Athemzüge des Asthmatikers hat sich, wie mir scheint, klar genug ergeben, warum das Zwerchfell tief steht; es ist dazu ganz unnöthig einen Krampf desselben anzunehmen, dann die aus dem Lufthunger sich ergebende grössere Kraftentealtung aller Muskeln ist doch kein Krampf, und das Dfiaphragma wirkt eben nur im Concert der Inspirationsmuskeln mit, wie alle übrigen auch. Ausserdem lässt sich gegen die Theorie des Zwerchfellkrampfs noch zweierlei anführen: Erstens ist es durchaus unwahrscheinlich, dass ein tonischer Krampf des Diaphragma, welches doch ein quer gestreifter Muskel ist, — völlig schmerzlos sein sollte, während doch sonst alle tonischen Krämpfe von mehr oder weniger Schmerz begleitet sind und auch der klonische Krampf desselben Diaphragma, wie er beim Singultus am reinsten erscheint, nicht

völlig frei von schmerzhaften Empfindungen ist. Zweitens ist es nicht allzuschwer den Tiefstand des Zwerchfells mitten im Asthma-Anfall zeitweilig willkürlich zu beseitigen: man muss nur einige Augenblicke starker Dyspnoe aushalten können und die Exspiration mit Aufwendung aller Kraft rasch bis zur Expression aller Residualluft, oder wenigstens bis auf das normale Minimum der Athempause, vollenden. Dann rückt das Zwerchfell zurück und es vergeht eine gewisse Zeit ehe der Thorax wieder so vollgepumpt wird, dass der frühere Tiefstand erreicht ist. Solche gewaltsame Exspirationen wende ich absichtlich während eines starken Anfalls bisweilen an, weil auf dieselben einige leichtere Athemzüge folgen: es macht mir den Eindruck, als ob bei denselben nicht bloss die Luft besser ausgepresst und dadurch mehr Raum für neue geschafft wird, sondern dass auch die Schleimhautschwellung der Bronchiolen vermindert, die Hyperämie oder feuchte Durchtränkung derselben fortgedrückt wird wie Wasser aus einem Schwamm. Diese Momente kräftigster willkürlicher Thoraxcompression, wobei sich die Athemnoth ad maximum steigert, erweisen die vorwiegend passive Rolle des Zwerchfells beim Tiefstand desselben am besten.

Ueber die «*exspiratorische Dyspnoe*» der Autoren möchte ich noch einige Worte sagen. Dieser Ausdruck wird in dem Sinne gebraucht, dass man annimmt, das Exspirium sei stärker behindert als das Inspirium, Ersteres sei schwerer, Letzteres leichter, — umgekehrt wie bei den meisten Laryngostenosen, speciell beim Croup, wo das Inspirium stark erschwert, das Exspirium relativ leicht ist. Eine *solche* exspiratorische Dyspnoe existirt nach meiner Erfahrung an mir selbst und Anderen — nicht; vielmehr ist das Einathmen gerade ebenso mühsam, erfordert ebenso viel Kraftaufwand wie das Ausathmen. Richtig aber ist, dass der *Lufthunger während der Exspiration*, ganz besonders zu Ende derselben am grössten ist. Bei normaler Respiration tritt das Bedürfniss nach neuer Luftzufuhr erst nach einer Athempause von einigen Secunden ein, beim Asthma dagegen schon *vor Vollendung des Exspirium*, ja selbst schon im Beginn desselben, — es wird also mit demselben geeilt, alle Hilfsmuskeln angespannt; in gleicher Weise brüsk und gewaltsam beginnt das Inspirium, doch lässt während desselben mit den eintretenden neuen Luftmengen der Hunger nach und das Ende des Inspiriums erfolgt relativ leicht und langsam, mit einem gewissen Behagen. Ein Umstand, welcher die Ansicht von der exspiratorischen Dyspnoe zu stützen scheint, ist der meistentheils *stärkere* katarrhalische Spectakel, die relativ grössere Intensität der Geräusche während der Exspiration im Vergleich zur Inspiration. Obgleich auch dieses nicht immer deutlich ist, so ist's doch für die Mehrzahl der Fälle richtig und dürfte sich wohl aus der Configuration des Bronchialbaums erklären: aller Schleim befindet sich normaliter in langsamer Fortbewegung aus den feinern in die weitern Röhren, und es liegt auf der Hand, dass ein Luftstrom, der in derselben Richtung bläst, ihn stärker in Bewegung setzen muss, als ein solcher in umgekehrter Richtung. Ein Schleimklümpchen z. B., das sich aus zwei feinsten Bronchiolen an der Stelle ihrer Vereinigung zusammengeschoben hat, wird sich leicht durch den Luftstrom in der Richtung nach Aussen fortbewegen lassen, sehr schwer aber wieder in die feinern Röhren zurückpressen. Daher mehr Schleim-Bewegung und also auch mehr Geräusch während des Exspiriums als während des Inspiriums. — Beim Croup ist die Dyspnoe eine inspiratorische wegen des anatomischen Baues des Larynx — die Bronchiolen aber setzen bei ihrer Stenosirung dem Luftstrom in beiden Richtungen gleiche Hindernisse entgegen. Uebrigens stehe ich mit Nichtanerkennung der exspiratorischen Dyspnoe nicht allein, — B e r g s o n behauptet sogar das Gegentheil, nämlich eine vorwiegend inspiratorische, was freilich auch unrichtig ist.

Ich komme nun zu der W e b e r'schen Asthma-Theorie, die ich für die richtigste halte. In dem Tageblatt der 45. Versamml. Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Leipzig 1872 heisst es wörtlich:

. . . . «Eine andere Hypothese, nämlich die Annahme «einer *Anschwellung der Bronchialschleimhaut in Folge «von Erweiterung der Blutgefässe derselben durch vaso- «motorische Nerveneinflüsse*, erklärt sämmtliche Erschei- «nungen am ungezwungensten. Nun kommen aber solche «Gefässerweiterungen mit Anschwellung der Schleimhäute, «die eine stenotische Verengerung des Luftcanals bewirken, «in der Nase wirklich häufig vor, und sehr viele Menschen «leiden an dieser oft nur Minuten lang dauernden Ver- «stopfung ihrer Nase, manchmal auch nur der einen oder «andern Nasenhöhle sehr häufig. Wirft man dann mit einem «Hohlspiegel Sonnenlicht in die Nasenhöhle, so kann man «die stark geröthete und geschwellte Schleimhaut leicht als «die Ursache des behinderten Luftdurchganges erkennen. «Wenn man nun schon a priori vermuthen kann, — da die «Nase zu den Respirationsorganen gehört und ihre Schleim- «haut anatomisch der Bronchialschleimhaut sehr nahe steht, «— dass ähnliche Vorgänge wie in der Nase auch in den «Bronchen vorkommen, so findet diese Meinung noch eine «wesentliche Unterstützung durch die Thatsache, dass bei «vielen Asthmatikern dem Asthma eine solche Nasenver- «stopfung vorausgeht und den Anfall einleitet oder auch, «was seltener der Fall ist, während des ganzen Anfalls be- «stehen bleibt.» . . . . Und weiterhin:

«Prof. W e b e r betont, dass in einer ganzen Reihe von «Fällen entschieden nur nervöse Einflüsse zur Entstehung «der asthmatischen Anfälle maassgebend sind, und zwar da- «durch, dass der Anfall ganz acut durch Anschwellung der «Gefässe erzeugt wird. Wenn auch in solchen Fällen z. B. «Chloral entschiedene Dienste leiste, so meint er doch nicht, «dass deshalb Bronchialmuskel-Spasmus die Ursache der «Anfälle sein müsse.»

Vorstehende Auseinandersetzung möchte ich in allen Theilen als durchaus zutreffend bezeichnen, — *jedoch mit* einem gewissen Vorbehalt bezüglich der Erweiterung der Blutgefässe. Wenn es sich um einen acut einsetzenden Anfall handelt, so mag es seine Richtigkeit haben mit der Erweiterung der Blutgefässe als Hauptmoment, doch in wenigen Augenblicken wird sich an diese Gefässdilatation eine *feuchte Durchtränkung*, *Succulenz und diffuse Schwellung der ganzen Schleimhaut* anschliessen, und diese ist es erst, welche die hochgradige Bronchiolenstenose bedingt. Eine diffus geschwellte Schleimhaut aber muss sehr bald *auch verstärkte Secretion* zeigen, wie dies in der That beim Asthma der Fall ist. Wir haben also *eine durch Nerveneinfluss rapid entstandene Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut* der feinern Bronchien als das Wesen des Asthma anzusehen.

Indem ich diese Auffassung des Asthma als die richtige hinstelle, muss ich hinzufügen, dass ich zu derselben erst im Laufe von Jahren gelangt bin. Früher stand auch ich gleich der Mehrzahl der Aerzte jener Zeit (60er Jahre) auf dem Standpunct der T r o u s s e a u - B i e r m e r'schen Lehre vom Bronchialmuskelkrampf. Erst fortgesetzte Selbstbeobachtung und Vergleichung derselben mit den an anderen Patienten gemachten Wahrnehmungen haben mich dazu gedrängt, die ganze Krampftheorie fallen zu lassen. Im Laufe der Zeit habe ich mich mit der Literatur soweit bekannt gemacht, dass ich in derselben fernere Belege für meine Auffassung fand und auf eine ganze Anzahl von Autoren hinweisen kann, die zu der gleichen oder einer ihr nahestehenden Erklärung gelangt sind. Schon B r e t o n n e a n fand das Wesen des Asthma in «congestion et enflure de la muqueuse». W e b e r scheint sie mir am präcisesten ausgedrückt zu haben; S t ö r k scheint ziemlich dieselbe Ansicht zu vertreten, F r ä n t z e l l nähert sich ihr mit seinem Catarrhus acutissimus, B e a u mit seinem Catarrhe sec, U n g a r spricht auch von Angioneurose, indem er Asthma und Urticaria parallelisirt, B e r k a r t statuirt nur eine asthmatische Form des Bronchialcatarrh. u. s. w.

Die eben genannte einfache Theorie des Asthma findet ihre wichtigste Stütze in dem Parallelismus mit gleichen Vorgängen auf der Nasenschleimhaut, die Niemand beschuldigen wird sich krampfhaft zu contrahiren. Zahlreiche Fälle erweisen den Zusammenhang von Nasenkrankheiten mit Asthma, und auf sie ist gerade in neuester Zeit vielfach hingewiesen (Schäfer, Hartmann, Dobell, Fränkel, Hack, Sommerbrodt). Sobald wir anerkennen, dass die Nasengänge durch nervöse (reflectorische) Einflüsse in rapidester Weise durch Congestion und Schwellung der Schleimhaut stenosirt werden können und ebenso rasch wieder abschwellen, — so liegt wirklich kein Grund vor, denselben Vorgang in den Bronchen zu bestreiten, zumal es feststeht, dass sehr oft der eine in den andern unmittelbar übergeht. Sommerbrodt spricht sich in allerneuster Zeit folgendermaassen aus (Berliner klinische Wochenschrift № 11, 17. März 1884, pag. 167): «Ganz positiv hat schon Prof. Weber in Halle in der 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ausgesprochen, dass die Erscheinungen bei den meisten Asthma anfällen weder durch Zwerchfell- noch durch Bronchialkrampf zu erklären seien, wohl aber durch Anschwellung der Bronchialschleimhaut in Folge von Erweiterung der Blutgefässe derselben durch vasomotorische Nerveneinflüsse.

Dobell (Annual reports of Diseases of the Chest 1875, pag. 160 ff.) erwähnt, dass häufig Asthmatiker auch «Nieser» (Sneezer) sind. Nicht selten kommen jahrelang regelmässige nächtliche Anfälle von Asthma vor, dieselben sistiren und werden durch Anfälle von Niesen und Schnauben ersetzt. Diese letztern können ebenfalls jahrelang fortdauern und später wieder von Asthma abgelöst werden.

Aus dieser Asthma-Theorie lassen sich nun in der That alle die mannigfachen Beziehungen des Asthma zu verschiedenen andern Krankheiten, besonders das Verhältniss zum Bronchialcatarrh leicht erklären, ebenso die verschiedenen Varietäten der Asthmaanfälle sowie deren Uebergang in mehr dauernde krankhafte Zustände.

Beginnen wir unsere Betrachtung mit der gewöhnlichsten (wenigstens in St. Petersburg gewöhnlichsten) Form: Ein sonst gesundes Individuum hat constant eine mässige bronchiale Expectoration, etwas Auswurf, der ohne Husten durch leichtes Räuspern entfernt wird (Bronchiolitis exsudativa Curschmanns, — leichter chron. Bronchialcatarrh) — und von Zeit zu Zeit treten auf gewisse Reize Asthma-Anfälle ein, d. h. von Zeit zu Zeit kommen auf dem Nervenwege rasch sich entwickelnde, die Bronchiolen stenosirende, Schleimhautschwellungen zu Stande. Von diesem Normaltyphus, welcher am zahlreichsten vertreten ist, giebt es nun nach 2 Richtungen Abweichungen. Die eine Reihe von Fällen entfernt sich von ihm durch stärkere Betonung des nervösen Moments und geringere Entwickelung des catarrhalischen. Da finden sich alle Abstufungen bis zu dem rein nervösen Asthma der Autoren, zu den Fällen, in welchen angeblich *gar kein* Bronchialcatarrh vorhanden sein soll. — Wenn Trousseau von sich selbst erzählt, er sei völlig gesund in seine Haferkammer gegangen und habe dort beim Ausmessen des Hafers durch den Staub heftigstes Asthma bekommen und nachdem er in der grössten Erstickungsangst in sein Zimmer zurückgekehrt, sei dasselbe alsbald wieder vergangen, — so bleibt mir doch noch ein gewisser Zweifel, ob er nicht jene leichteste Form von Catarrh mit vereinzelten Crachats perlés gehabt hat, jene Form, die sich von vollkommener Gesundheit eigentlich durch nichts als jene minimen Sputa unterscheidet. Fränkel's Fälle von Asthma nervosum durch Reflex von der Nase, wo doch vereinzelte Rhonchi sibilantes zu hören waren, habe ich bereits erwähnt.

Sommerbrodt's neueste Mittheilungen über Abhängigkeit des Asthma von Schwellungen der Nasenschleimhaut, schliessen die Annahme nicht aus, dass in seinen Fällen auch die Curschmann'sche Bronchiolitis bestanden hat. Da Curschmann in *allen* seinen Asthmafällen Spiralen fand, Sommerbrodt aber in den seinigen nicht ausdrücklich die Abwesenheit derselben constatirt hat, so halte ich diese Annahme für erlaubt.

Diese leichtesten Fälle von Bronchialcatarrh können eben gar zu leicht übersehen werden, — weil ihre Inhaber sich für ganz gesund halten. Obgleich ich nun keinen Asthma-Fall selbst gesehn habe, wo *sicher* keine Spur von Catarrh vorhanden gewesen wäre, so will ich immerhin die Möglichkeit solcher zugeben. Angenommen es kommt auf irgend welche specifische Reize (z. B. Ipecacuanha — oder Hafer-Staub) zur acuten Hyperämie und Schwellung der Bronchialschleimhaut, so schliesst sich doch immer eine Steigerung der Schleimsecretion daran, die kürzere oder längere Zeit nach Aufhören der Dyspnoe noch andauert; es ist also zeitweilig wenigstens ein gewisser Grad von Catarrh *immer* die Folge eines Anfalls. Darin stimmen alle Autoren überein. Die meisten Fälle von Heufieber dürften in die Reihe gehören, welche zwischen dem gewöhnlichen Bronchial-Asthma und dem reinen Asthma nervosum liegt.

Viel zahlreicher vertreten als diese Gruppe sind diejenigen Formen, welche sich vom Normal-Bilde des Bronchial-Asthma in entgegengesetzter Richtung entfernen. Das sind die Formen, bei welchen das nervöse Moment mehr in den Hintergrund tritt und der Bronchialcatarrh die Hauptrolle spielt. Als Endglied dieser Reihe kann man die constante Schleimhautschwellung und Bronchiolenstenose bezeichnen, welche mit massenhaften catarrhalischen Geräuschen, maximaler Lungenblähung, Emphysem, geringer Thoraxexcursion combinirt ist und unter langsam sich steigender Kohlensäure-Vergiftung zum Tode führt. Hierher gehören die in unserm Klima so häufigen chronischen Bronchitiker mit oder ohne Emphysem aber mit constanter reichlicher Expectoration. Bei solchen werden sehr häufig asthmatische d. h. Anfälle durch accidentelle Reize (kalte Luft, Erhitzung u. s. w.) hervorgerufen; die Schleimhautschwellung bleibt durch Wochen und Monate mit abwechselnden Remissionen und Exacerbationen mehr oder minder permanent und verliert sich oft erst in der warmen Jahreszeit vollkommen um dann im Herbst aufs Neue zu erscheinen. Ich selber rechne mich zu dieser Categorie welche sich von der mittlern Form des Asthma bronchiale nach der catarrhalischen Richtung hin entfernt.

Auch bei dieser Gruppe sind gewisse specifische Reize nicht ausgeschlossen, so z. B. der Einfluss gewisser Localitäten und es ist bemerkenswerth, dass wenn ein stärkerer (nervöser) Asthma-Anfall durch solch einen Reiz hervorgerufen war, er nach dem Schwinden der Dyspnoe immer auch eine erhebliche Steigerung der eigentlich catarrhalischen Symptome (Husten, Expectoration) für längere Zeit (einige Tage) zur Folge hat.

Wenn die bereits andauernde Hyperämie und Schwellung der Bronchialschleimhaut, wie sie bei dem *Bronchitiker* auch ohne Dyspnoe stets vorhanden ist, — noch für einige Stunden im Anfall acut gesteigert wird, so kehrt sie nicht so bald auf ihr früheres Niveau zurück; die «nervöse» Fluxion schwindet, doch schwillt die Mucosa nicht so weit ab, dass die Respiration ganz frei wird, es bleibt ein gewisser Grad von Stenose persistent. In solchen Zuständen kann die Respiration bei ruhigem Sitzen ganz ohne Hilfsmusculatur frei vor sich gehn, jedoch bei geringen Anstrengungen, raschem Gehen, tritt sofort Dyspnoe ein, weil für das gesteigerte Athembedürfniss die verengten Bronchiolen nicht mehr genügen.

Erreicht die *constante* Schwellung der Bronchialschleimhaut eines Bronchitikers endlich einen so hohen Grad, wie

*) Sommerbrodt weicht leider selbst sogleich wieder vom richtigen Wege ab, indem er fortfährt: «Nach meinen jetzigen Anschauungen sind aber die vasomotorischen Vorgänge in der Schleimhaut und der Bronchialmuskel- resp. Zwerchfellskrampf lediglich neben einander gehende Erscheinungen beim Asthma, die unter Umständen gemeinsamen Ursprung in Reflexen von der Nase her haben. Es giebt vasodilalatorische Neurosen der Bronchialschleimhaut ohne Asthma etc. etc.»

sie im starken Asthma-Anfall *vorübergehend* geleistet wird, — so müssen wir natürlich aufhören von Asthma zu sprechen. Ein solcher Patient führt im Hospital meist die Bezeichnung Emphysem auf der Kopftafel seines Betts und unter dieser Etikette gelangt er schliesslich auf den Sectionstisch. Diese Diagnose wird fast immer bei der Obduction auch richtig gefunden werden, indem hier und da in den Lungen Inseln von Emphysemblasen sich finden, das Wesen der Sache wird aber dadurch nicht getroffen, — die eigentliche Todesursache ist nicht das Zugrundegehen einiger Lungenbläschen, sondern *die constante Schwellung der Bronchialscheimhaut*. Wenn bei Oeffnung des Thorax die geblähten Lungen vorquellen, statt zu collabiren, so ist nicht der angebliche Verlust der Elasticität daran Schuld, sondern die Verschwellung der Bronchiolen, — die Luft entweicht auch unter dem Druck der Hand nicht oder nur wenig, stellweise ist sie in abgesperrten Bezirken ganz geschwunden, dieselben sind atelectatisch, hyperämisch, splenisirt. — Das ist die Schlussscene der meisten schweren chronischen Bronchiten. Die Bronchitis catarrhalis wird vielleicht öfter durch Schleimhautschwellung und deren directe und indirecte Folgen tödtlich, als durch bronchiectatische Cavernen oder putride Secretion. Dies gilt vorwiegend von Leuten niederen Standes, welche sich den fortgesetzt einwirkenden Schädlichkeiten ihrer Wohnung oder ihres Berufes nicht entziehen können. — Die funesten Folgezustände aber sind: *Dilatation des rechten Herzens*, Leberschwellung, Nierenhyperämie, oder auch wirkliche Nephritis, Anasarca und Höhlenhydrops.

Wenn wir das traurige Endstadium der Bronchitis mit starker Schleimhautschwellung vor Augen haben, — werden wir die vorübergehenden Schleimhautschwellungen früherer Phasen derselben Krankheit, die wir als Asthma bronchiale bezeichnen, nicht für irrelevant halten, obgleich bei *vorsichtiger* Behandlung die Patienten dabei alt werden können.

Jeder Asthma-Anfall, besonders aber die durch Tage und Wochen sich hinziehenden an- und abschwellenden asthmatischen Zustände führen die Bronchialschleimhaut immer mehr jener constanten Schwellung und Verdickung entgegen deren Ende letal sein kann und nicht selten ist. Im letzten 1/4 Jahr sind 5 solche Bronchiten in unserm Spital auf den Secirtisch gelangt.

Nach obigen Auseinandersetzungen möchte ich nur noch bezüglich der Berechtigung der Diagnose Asthma kurz meine Meinung sagen. Wo ein Bronchialcatarrh zu constatiren ist, darf man nur von Asthma-Anfällen reden, die einen solchen begleiten, — wo die Bronchitis nicht als sichere Basis der Anfälle angesehen werden kann, da mag «Asthma» als Krankheitsname bestehen bleiben. Das entspricht am besten der Praxis und ist wohl auch jetzt die übliche Ausdrucksweise.

Auf das Asthma der Herzkranken (welches nach meiner Meinung auf demselben pathologischen Vorgang beruht) hier einzugehn, muss ich mir versagen da ich Ihre Geduld schon lange genug in Anspruch genommen habe. Vielleicht ein andres Mal.

Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoïdei postici.

Von

Dr. Karl Dehio,
Docent an der Universität Dorpat.

(Fortsetzung).

Der weitere Verlauf bot wenig Bemerkenswerthes. Der Katarrh der Stimmbänder besserte sich unter dem Gebrauch indifferenter Inhalationen, und dem entsprechend behauptete Patient, dass ihm das Athmen leichter würde; auch objectiv konnte constatirt werden, dass das heulende Inspirationsgeräusch des Nachts, im Schlaf leiser wurde, ohne dass sich jedoch laryngoskopisch die Lähmungserscheinungen irgendwie verändert hätten. Nach einer leichten Erkältung zu Ende des März (Spaziergang in feuchter Abendluft und Genuss von zwei Seideln kalten Bieres) steigerte sich der Katarrh und alle Erscheinungen traten wieder mit der alten Heftigkeit auf.

Obgleich eine Beeinflussung der Fülle und Stärke des Pulses durch die inspiratorische Dyspnoe dem tastenden Finger nicht auffiel, so liess sich sphygmographisch dennoch eine solche sehr deutlich nachweisen. Nicht nur nahm die Höhe der einzelnen Pulswellen während des Inspiriums deutlich ab, sondern auch die in- und exspiratorischen Schwankungen der Höhe der Gesammtcurve waren viel bedeutender als unter normalen Verhältnissen.

Durch folgenden Versuch habe ich ferner eine Vorstellung davon zu erlangen gesucht, wie weit die normale Grösse des respiratorischen Gaswechsels durch die inspiratorische Stenose beeinflusst wurde. Ich fing die exspirirte Luft des Patienten in der äquilibrirten Trommel eines Waldenburg'schen Apparates auf, indem ich den sehr intelligenten und sich für den Versuch interessirenden Patienten aufforderte, ganz nach Belieben und Bedürfniss, ohne besondere Anstrengung zu athmen, und in den Apparat hinein zu exspiriren. Es ergab sich Folgendes:

Am 2. März respirirte Pat. im Verlauf von 3 Minuten 16 Mal und exspirirte dabei im Ganzen 19,200 Cub.-Ctm., was einen Gaswechsel von *6400* Cub.-Ctm. in einer Minute und von *1200* Cub.-Ctm. für jeden Athemzug ausmacht.

Am 6. März respirirte Pat. in 3 Minuten 18 Mal und exspirirte dabei 22,500 Cub.-Ctm., oder in der Minute *7500* und mit jedem Athemzuge *1250* Cub.-Ctm.

Am 16. März respirirte Pat. in 3 Minuten 17 Mal und exspirirte dabei 23,700 Cub.-Ctm., oder in der Minute *7900* und mit jedem Athemzuge *1400* Cub.-Ctm.

Am 2. April respirirte Pat. in 5 Minuten 32 Mal und exspirirte dabei 44,616 Cub.-Ctm., oder in der Minute *8923* Cub.-Ctm. und mit jedem Athemzuge *1395* Cub.Ctm.

Ich selbst athmete bei Vermeidung jeglicher respiratorischer Anstrengung in 3 Minuten 19 Mal und exspirirte dabei 36,000 Cub.-Ctm., oder in der Minute *12,000* und mit jedem Athemzuge *1950* Cub.-Ctm.

Ein gesunder Student athmete unter denselben Bedingungen in 2 1/2 Minute 17 Mal und exspirirte dabei 41,700 Cub.-Ctm. oder *16,700* Cub.-Ctm. in der Minute und mit jedem Athemzuge *2450* Cub.-Ctm. [5])

Die Behandlung bestand in anhaltender Verabreichung von Jodkalium (1,0 täglich) und gleichzeitiger elektrischer Behandlung. Während der ersten Woche wurde der constante Strom percutan auf die Nervi laryngeï recurrentes applicirt, späterhin in derselben Weise der faradische Strom. Vom 27. Februar bis zum 13. März habe ich ausserdem mit der endolaryngealen Elektrode die Aeste des Recurrens in den Fossae pyriformes sowie die Musculi crico-arytaenoïdei postici direct faradisch zu reizen versucht, doch gab ich diese Bemühungen wieder auf, da sie vollständig erfolglos blieben und Pat. über grosse Empfindlichkeit im Halse zu klagen begann. Ein therapeutischer Erfolg ist nicht erzielt worden, war auch von vorn herein wenig wahrscheinlich, da die Lähmung schon über 6 Monate unverändert bestanden hatte und der eigentliche Beginn der Krankheit noch um ein Jahr weiter zurück datirt werden musste. Ein degenerativer Schwund der gelähmten Muskelmasse war daher mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Am 4. April verlässt Pat. die Klinik.

Ob es sich hier um eine neuroparalytische oder rein musculäre Lähmung handelte, muss ich bei der Unmöglichkeit einer genaueren anatomischen Untersuchung dahin gestellt sein lassen. Auch ob die frühere Syphilis ätiologisch angeschuldigt werden kann, lässt sich wohl kaum ent-

5) Die Herabsetzung der Athmungsfrequenz auf 6 bis 7 Athemzüge in der Minute war sowohl beim Patienten als bei mir und dem Studenten unwillkürlich und wohl durch die Behinderung der Luftbewegung in dem ziemlich langen und nicht sehr weiten Schlauch des Apparates hervorgerufen.

scheiden; sicher scheint jedenfalls zu sein, dass die Erkältungen, welche Pat. mit grosser Sicherheit angab, zum Wenigsten die Gelegenheitsursache abgegeben haben.

Rosenbach[6]) hat einen Fall von doppelseitiger Lähmung des N. laryng. recurrens beschrieben, welche sich allmälig im Anschluss an ein Oesophaguscarcinom entwickelte. Der Fall bot anfänglich das Bild einer doppelseitigen isolirten Lähmung der Musculi crico-aryt. post. dar, welches allmälig, nach successiver Lähmung der Glottisverengerer in das einer vollständigen Lähmung der Nervi recurrentes überging. So lange nun die Verengerer noch functionsfähig waren, zeigte sich dieselbe Erscheinung, wie in meinem Fall; die Glottis verengte sich mit jedem Inspirium und bewirkte lauten inspiratorischen Stridor und inspiratorische Dyspnöe. Als später auch die Musculi thyreo-aryt. int. gelähmt waren, schwand die inspiratorische Verengerung und mit ihr auch die Dyspnoe und der Stridor. Rosenbach benutzt nun diesen Fall um zu zeigen, dass die inspiratorische Verengerung der Glottisspalte durch eine active, inspiratorische Contraction der Glottisverengerer, und namentlich der Musculi thyreo-aryt. int. hervorgerufen wurde, denn anderen Falles (bei einer passiven Ansaugung der Stimmbänder durch den inspiratorischen Luftstrom) hätte die inspiratorische Verengerung auch während der totalen Lähmung aller Glottismuskeln fortdauern müssen. R. ist der Ansicht, dass wie bei allen combinirt wirkenden Muskelapparaten des Körpers, so auch beim Kehlkopf bei jeder intendirten Bewegung eine gleichzeitige schwache Innervation der Antagonisten stattfinde, wodurch eben die Präcision der Bewegung ermöglicht werde. Er nimmt an, dass bei jedem Inspirium nicht blos die Musculi postici einen Nervenimpuls zur Contraction erhalten, sondern dass zugleich, nur in viel schwächerem Grade, auch die Glottisverengerer zu einer leichten Spannung angeregt werden. Wenn nun die Postici allein gelähmt werden, so fällt ihre die Glottis erweiternde Wirkung fort und der noch wirksame Impuls, den die Verengerer zugleich beim normalen Inspirium erhalten, kommt allein zur Geltung und bewirkt jene inspiratorische Verengerung der Glottis, welche beim gesunden Kehlkopf durch die stärker wirkenden Postici überwunden wird. Mir scheint, dass auch in meinem Fall das paradoxe inspiratorische Engwerden der Glottisspalte sich auf diese Weise, also so zu sagen, durch eine physiologische Contraction der Glottisverengerer, dürfte erklären lassen; für die Annahme eines gleichzeitigen inspiratorischen Glottiskrampfes (Riegel) waren in meinem Fall bei der ruhigen, mit fast maschinaler Regelmässigkeit vor sich gehenden Verengerung und Erweiterung der Glottisspalte keinerlei Anhaltspuncte vorhanden; warum ich mich auch zur Annahme einer passiven Aspiration der Stimmbänder in diesem Fall nicht verstehen kann, ist oben auseinander gesetzt.

(Schluss folgt.)

Die Gesundheitsverhältnisse der Wöchnerinnen im St. Petersburger Gebärhause. Sublimat.

Von

Prof. Dr. E. Bidder.

(Schluss).

Vom 1. März bis zum 31. December incl. sind, abgerechnet die kleine ganz abgesonderte Abtheilung für Zahlende, 2810 Kreissende bei uns niedergekommen und 44 Gassengeburten aufgenommen worden, in Summa 2854. Von diesen haben *2053 = 72,0%, nie eine Temperatur von 38,0° erreicht*, 362 = 12,6% zeigten eine einmalige Temperatursteigerung von 38,0° oder mehr, 368 = 12,8% erkrankten an leichten puerperalen Processen, wozu auch alle gerechnet sind, die ohne nachweisbaren Grund eine auch nur zweimalige Steigerung der Temperatur auf 38,0° zeigten, 52 = 1,82% erkrankten schwerer, d. h. fieberten mehr als 5—6 Tage, aber genasen, 19 endlich d. h. 0,66 starben und von diesen erlagen nur *9 = 0,31% puerperalen, infectiösen Processen.* — Die übrigen 10 Todesfälle waren folgende: 3 an Eclampsie und zwar 2 Stunden, 3 Stunden und 3 Tage post partum, 2 an acuter Anämie nach Placenta praevia, Wendung und Extraction, beide 1 Stunde p. p., 1 an Meningitis purulenta 5 Stunden p. p., 1 an einem Tumor cerebri 1½ Stunde p. p., 1 an Enteritis follicularis und Pneumonia crouposa 28 Tage p. p. Zwei endlich starben während der Geburt, eine an Stenose und Insufficienz der Mitral- und Aortenklappen, die andere an Pleuropneumonie. Es versteht sich von selbst, dass bei allen die Abwesenheit puerperaler Infectionsprocesse durch die Section nachgewiesen ist.

Vertheilen wir die Zahlen nach Monaten, so erhalten wir folgende Reihe:

	Zahl der Geburten.	Gesund geblieben.	Febricula.	Leicht erkrankt.	Schwer genesen.	Gestorben.	Puerperal gestorben.	Ueberhaupt erkrankt.
März ...	268	62,3 %	18,6 %	16,7 %	2,2 %	—	—	37,5 %
April ...	277	61,0	18,0	17,0	3,9	—	—	38,9
Mai	302	67,3	13,2	16,5	2,9	1=0,3%	—	32,6
Juni	275	71,6	12,7	13,0	1,8	2=0,7%	1=0,3%	28,2
Juli	318	83,0	7,8	9,1	—	—	—	16,9
August .	276	71,0	17,7	7,6	1,0	7=2,5%	6=2,1%	29,1
Septbr. .	277	73,2	10,1	14,8	0,3	4=1,4%	1=0,3%	26,6
October .	291	78,6	11,6	8,2	1,3	—	—	21,1
Novbr. .	303	77,3	8,5	11,5	2,6	—	—	22,6
Decembr.	267	71,5	9,3	15,3	1,8	5=1,8%	1=0,3%	28,5
Summa..	2854	72,0	12,6	12,89	1,82	0,66	0,31	

Während der Januar 71% und der Februar 49% Erkrankungen aufgewiesen hatten, zeigten schon der März und April eine colossale Abnahme in der Intensität und Extensität der Infection, so dass wir bei einer Erkrankungsziffer von überhaupt 37,5 resp. 38,9 keine einzige Wöchnerin verloren. Noch besser gestalten sich die Verhältnisse der Morbilität in den weiteren Monaten bis zum Schluss des Jahres. Nur zweierlei fällt hierbei auf: 1) die ausgezeichneten Resultate des Juli, wo keine einzige Wöchnerin irgend ernster erkrankte, und 2) die grosse Sterblichkeit im August, nachdem von März bis Juli inclusive von 1440 Wöchnerinnen nur *eine* an septischer Infection gestorben war. Ersteres Factum kann, abgesehen von der Jahreszeit, die durch ihre Hitze vieles Lüften und vieles Waschen bedingt, vielleicht auch dadurch erklärt werden, dass durch Beurlaubung vieler Aerzte und Schülerinnen die Zahl der mit den Kreissenden in Berührung kommenden Hände bedeutend eingeschränkt war und die zurückbleibenden Personen sich leichter ued schärfer gegenseitig controliren konnten.

Die hohe Mortalität im August muss aber, da die Morbilität immerhin gering blieb, zum Theil einzelnen Sünden zugeschrieben werden, zum Theil Ursachen, die ausserhalb des Hauses lagen. Bemerkenswerth sind hierbei besonders die, eine Gruppe bildenden Tage vom 26.—29. August. Die Geschichte derselben ist folgende: Eine am 24. August niedergekommene Wöchnerin erkrankte ohne nachweisbare Ursache, sie starb später an Pyämie und Erysipelas; einer der am 26. dejourirenden Aerzte wurde zu der Erkrankten gerufen, besichtigte sie, machte die nöthigen Verordnungen und hat darauf, geständiger Maassen ohne vorhergehende vorschriftmässige Desinfection, im Gebärzimmer zwei Kreissende untersucht. Beide starben an acuter septischer Peritonitis. Die eine derselben gebar erst im Laufe des nächsten Dejourtages, an welchem 2 Kreissende mit Placenta praevia aufgenommen wurden, von denen die eine in Agone hergebrachte gleich nach Entleerung des Uterus durch Wendung und Extraction starb, die andere tamponirt und später entbunden wurde; letztere starb an Peritonitis. Ausserdem trat an diesem Tage noch eine Kreissende ein, die am nächsten Tage mit der Zange entbunden wurde;

*) Bresl. ärztl. Zeitschr. 1880 № 2 und 3.

auch diese erkrankte an diphtherischer Colpitis, genas aber. Damit war diese kleine Endemie abgethan und es verging eine ganze Woche ohne irgend bemerkenswerthe Erkrankung, bis wieder eine schon fiebernd eintretende Kreissende mit engem Becken durch Perforation und Cranioclasma entbunden wurde, und an Peritonitis zu Grunde ging, ein Fall, der ganz isolirt blieb.

Die Quelle der Infection zu finden ist uns ausser in obigen Fällen nicht gelungen. Jedes Mal bereiten aber solche «Enthüllungen» bei unseren gegenwärtigen Ordnungen einen heilsamen Schrecken und haben erhöhte Wachsamkeit zur Folge. Auch im vorliegenden Falle sahen wir, dass nach dem besprochenen Vorfall im August bis zum Schluss der Jahres nur noch 2 Wöchnerinnen septisch zu Grunde gingen, die oben genannte nach Perforation und eine nach normaler Niederkunft im December, d. h. auf 1138 Wöchnerinnen 2.

Da, wie gesagt, innerhalb des in Rede stehenden Zeitraumes vom März bis December unsere ganze Anstalt eigentlich in 7 von einander getrennte Abtheilungen oder Gruppen zerlegt war, ist es natürlich von Interesse zu wissen, ob alle Gruppen gleiche Resultate haben, oder ob die eine vor der anderen wesentliche Vorzüge besitzt. Wir stellen daher das ganze Material nach Dejourtagen zusammen.

	Zahl der Geburten.	Gesund geblieben.	Febricula.	Leicht erkrankt.	Schwer genesen.	Gestorben.	Puerperal gestorben.	Ueberhaupt erkrankt.
Sonnab. .	416	64,4 %	15,8 %	18,0 %	1,2%	2=0,48%	1=0,24%	35,48
Sonntag.	388	71,3	15,7	10,0	1,8	4=1,03	1=0,28	28,53
Montag .	366	76,5	10,1	10,6	1,6	4=1,09	2=0,54	23,39
Dienstag	444	67,3	10,8	19,1	1,8	4=0,90	3=0,67	32,60
Mittw...	405	74,3	11,8	11,8	1,7	1=0,24	—	25,54
Donner..	376	72,8	11,7	12,4	2,92	—	—	27,02
Freitag .	459	77,1	12,6	7,6	1,72	4=0,87	2=0,41	22,79
Summa.	2854	72,0	12,6	12,89	1,82	0,66	0,31	27,96

Freitag, Montag und Mittwoch stellen hiernach unstreitig die grössten Ziffern für Erkrankungen überhaupt. In den übrigen Rubriken zeigen sich aber Schwankungen, die nicht immer diesen Zahlen parallel laufen. Es ist das auch natürlich, da erstens die Grenzen der einzelnen Dejourtage flüssige sind, indem viele Kreissende von einem Tage auf den anderen übergehen, die Rechnung also überhaupt keine reine ist, zweitens das Material des einen Tages dem des anderen nicht ganz conform ist, indem der Zustand der Kreissenden bei der Aufnahme, die Zahl für pathologische Geburten, für Operationen nicht ganz gleiche sind. So fanden z. B. statt:

	Sonnabend.	Sonntag.	Montag.	Dienstag.	Mittwoch.	Donnerstag.	Freitag.
Zangen	6	12	8	7	3	2	5
Wendung und Extr.	2	2	2	4	4	5	3
Extr. am unteren Ende	9	5	8	11	5	4	8
Perfor. und Craniocl.	3	—	1	3	—	—	3
Extr. placentae	2	—	1	3	3	2	1
Summa	22	19	20	28	15	13	20

Hier sehen wir schon wesentliche Unterschiede und das sind doch nur grobe Zahlen. Eine Revision des Materials nach seiner pathologischen oder pathogenetischen Dignität würde sicher noch mehr Verschiedenheiten wahrnehmen lassen.

Jedenfalls können wir mit Genugthuung darauf hinweisen, dass auch an dem ungünstigsten Dejourtage die Mortalität an Puerperalkrankheiten nicht mehr als 0,6 % betrug. — Wenn wir weiter oben nachwiesen, dass von 9 Todesfällen auf 2854 Geburten noch mehrere ihren Grund hatten in recht groben Versäumnissen, so scheint es in der That nicht mehr zu kühn zu behaupten, dass Infection in Geburt und Wochenbett fast absolut vermieden werden kann, und dass eigentlich keine Wöchnerin mehr an «Puerperalfieber» sterben darf, wenn sie von vorn herein in exacter Weise gepflegt wird. Und zu solcher Forderung sind wir gelangt in einem mächtigen Gebärpalast, dem man noch vor wenigen Jahren, gerade wegen der angeblichen Unmöglichkeit Infectionen zu vermeiden, die Existenzberechtigung ebenso hat abgesprochen wollen, wie allen ähnlichen Instituten!

Es fragt sich aber nun doch weiter, ob neben der im Eingange geschilderten Veränderung der inneren Ordnung der Anstalt nicht noch andere Umstände zur Erreichung so guter Resultate beigetragen haben. Dass hier insbesondere von den Desinfectionsmitteln zu reden ist, liegt auf der Hand und die Antwort auf die gestellte Frage ist überraschend genug: Die auffallende Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Wöchnerinnen an unserer Anstalt fällt zusammen mit dem Moment, wo *anstatt der Carbolsäure andere Desinfectionsmittel in Gebrauch genommen wurden*, und zwar vom März ab Lösungen von Chlorkalk, bis die Apparate für Sublimat umgearbeitet oder angeschafft wurden. Von Mai an ist ausschliesslich Sublimat sowohl inter als post partum zur Anwendung gekommen und zwar zu Waschungen der Hände der Pflegenden und zu Waschungen, Einspritzungen etc. bei Kreissenden und Wöchnerinnen; in beiden Fällen werden $^1/_2$—1‰ Lösungen benutzt.

Es ist nun nicht zu leugnen, dass experimentell Chlor und Sublimat kräftigere Desinfectionsmittel darstellen, als die Carbolsäure, und gerade seit dem vorigen Herbst mehren sich ganz ausserordentlich günstige Berichte aus den verschiedensten Kliniken, von denen ich nur Berlin, Breslau, Heidelberg nenne. Trotzdem ist ja bekannt, dass so manche früher fast verrufene Anstalt auch ohne Sublimat ihre Mortalität und Morbilität auf ein Minimum beschränkt hat, z. B. die Hebammenlehranstalt zu Breslau (Dr. Fuhrmann) und zwar speciell durch systematische Anwendung der Carbolsäure. Ich selbst brauche in der Privatpraxis aus alter Gewohnheit Carbolsäure und habe seit Jahren keine schwere Erkrankung, geschweige denn einen Todesfall erlebt nach Geburten, die ich selbst geleitet. Darum dürfen wir auch nicht so schlankweg dem Sublimat die Palme reichen, sondern müssen fragen, ob nicht in dem Gebrauch des einen oder anderen Mittels sich Unterschiede finden lassen. Und da ergiebt sich speciell für unsere Anstalt allerdings Vieles:

1) Carbolsäure ist theuer, ihr sehr reichlicher Verbrauch wurde von financieller Seite immer ungern gesehen;

2) Carbolsäure verdirbt die Hände, und Schülerinnen und Hebammen brauchten sie ungern;

3) Carbolsäure reizt Vagina und Vulva, verursacht Brennen und bei etwas nachlässiger Lösung sogar Verbrennungen, worüber die Wöchnerinnen regelmässig klagen, wenn Lösungen von richtiger Stärke genommen werden.

Die Folge war bei solcher allgemeiner Verschwörung die einfachste von der Welt, — es wurden entweder zu schwache Lösungen genommen, oder die Carbolsäure wurde, wenn es möglich war, ganz umgangen; es fand also eigentlich keine Desinfection, sondern eine Scheindesinfection statt. Jetzt dagegen steht die Sache ganz anders. Dem Sublimat haften alle oben genannten Mängel nicht an: es ist billig, — für jedes Wochenbett ist die nöthige Quantität für wenige Kopeken zu schaffen, es greift die Hände nicht an, wird also ohne Scheu gebraucht, es verursacht bei Waschungen und Einspritzungen kaum eine andere Empfindung als Wasser allein, — die Kreissenden und Wöchnerinnen sträuben sich nicht dagegen. Jetzt kommen daher in der That Lösungen in Anwendung, die desinficirend wirken können und müssen, und daher denn auch die Resultate! Die Vortheile, die ich vom Sublimat erwähnt, sind so enorm, dass sie, wenigstens unter unseren Verhältnissen, fürs Erste dasselbe zum Alleinherrscher in der Geburtshülfe machen müssen, um so mehr als wir nicht, wie der Chirurg, die Möglichkeit haben, den

jedesmaligen Gebrauch des Mittels selbst zu überwachen, sondern von dem guten Willen und dem Gewissen der Hebammen vielfach abhängig sind. Wo es nicht nöthig ist Selbstverleugnung zu verlangen, zumal von geistig zum Theil untergeordneten Personen, da soll man es eben nicht thun, und darum denselben ein Mittel an die Hand geben, gegen dessen Anwendung weder sie noch ihre Pflegebefohlenen sich sträuben.

Es könnte hierbei nur noch gefragt werden, ob es nicht zu gefährlich sei ein so scharfes Gift den Hebammen in die Hand zu geben. Doch halte ich diesen Einwand für ganz müssig, wenn man nicht ebenso über die Carbolsäure denkt. Letztere ist schon manchesmal im Versehen per os eingegeben oder per anum applicirt worden, hat schwere Vergiftungen und Todesfälle verschuldet und doch redet Niemand davon, dieselbe deswegen ausser Gebrauch zu setzen, oder nur den Hebammen zu nehmen. Wir haben bei dem massenhaften Verbrauch an unserer Anstalt weder an Verpflegten noch an Pflegenden jemals irgend welche Vergiftungserscheinungen durch Sublimat gesehen. Ich halte dasselbe daher für weniger gefährlich als die Carbolsäure und schliesse mit dem wiederholten Ausdruck der Ueberzeugung, dass wir für die Geburtshülfe gegenwärtig kein besseres Desinficiens als das Sublimat kennen, für dessen ausreichenden und richtigen Gebrauch eben nur gesorgt werden muss. Zum Schluss bemerke ich noch, dass auf Berathen des Herrn Dr. chem. H. Böhring das Erythrosin als Färbemittel für Sublimatlösungen an unserer Anstalt geprüft und sehr zweckentsprechend erfunden worden. Es giebt weder Niederschlag, noch verändert es sich bei längerem Stehen und hat intensive Färbekraft, so dass der Preis nicht in Betracht kommt.

St. Petersburg, April 1884.

Die Tuberculose als Infectionskrankheit.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga d. 21. März 1884.

Von Dr. Krannhals (Riga).

M. H.! Man hat von jeher sich bemüht bei der Tuberculose etwas Besonderes, etwas Specifisches, Pathognomisches aufzufinden. In Deutschland bildete in den letzten 30 Jahren die Virchow'sche Lehre von dem Tuberkelknötchen die Grundlage aller Forschungen auf diesem Gebiete: die Knötchen mit der ihnen zwar nicht specifisch aber doch in ganz besonderem Grade zukommenden Eigenschaft endlicher unausbleiblicher Verkäsung waren lange das Kriterium bei Beurtheilung der am Leichentisch sich so verschiedenartig präsentirenden pathologisch anatomischen Befunde. Das Bestreben der damaligen Zeit für *jedes* pathologische Gebilde möglichst etwas Specifisches zu finden, förderte die Lebert'schen Tuberkelkörperchen zu Tage — angeblich characteristische kleine Zellen, die sich aber bald als geschrumpfte, theils fettig degenerirte, theils abgestorbene Zellenelemente erwiesen — Gebilde die auch an den verschiedensten anderen Stellen aufgefunden werden konnten. Nach den Langhans'schen Untersuchungen war man geneigt gewisse grössere, neben den gewöhnlichen Lymphoïdzellen im Tuberkelknötchen vorkommende, mehr epitheloïde Gebilde, die so viel besprochenen und so verschieden gedeuteten Riesenzellen, für specifisch anzusehen — doch auch sie wurden bald in allen möglichen anderen Bildungen aufgefunden, die nichts mit Tuberculose zu thun hatten. Die Gefässlosigkeit und die Verkäsung des Knötchens blieben vor der Hand immer noch die einzigen einigermaassen characteristischen Merkmale. Auch in Bezug auf das Muttergewebe, aus welchem der Tuberkel sich bildet, konnte etwas Specifisches nicht festgestellt werden: das Bindegewebe, die Lymphgefässe, die Blutgefässe und epitheliale Gebilde kamen hier in Betracht. Virchow liess die Knötchen durch Proliferation der fixen Bindegewebskörperchen entstehen, Klebs durch Wucherung des Endothels der Lymphgefässe; ähnlich Rindfleisch; nachdem früher schon Addison, Colberg und Deichler die Bildung der Knötchen aus den Wandungsbestandtheilen der kleinen Blutgefässe ins Auge gefasst hatten, wies Schüppel für Lebertuberkel intracapilläre Entstehung nach; Bildung aus epithelialen Elementen endlich wurde von Wilh. Müller sowie von Arnold für den Nierentuberkel (Epithel der Harncanälchen), von letzterem Autor und von Heller und Simonds für den Lebertuberkel (Gallengangsepithel) behauptet.

Boten so weder der histologische Bau des Knötchens noch das Muttergewebe desselben etwas Specifisches dar, so war doch, nachdem zuerst Villemin (1867—69) den Weg des Experimentes betreten, an der Specifität der Tuberculose kaum zu zweifeln.

Buhl hatte bekanntlich als der Erste in bestimmter Form die Vermuthung ausgesprochen, die Tuberculose sei eine specifische Resorptions- und Infectionskrankheit (1857). Nach ihm gelangt ein besonderes Gift, der Tuberkelstoff, welches Gift er dem Pockengifte vergleicht, ins Blut und wird vorzüglich in den Lungen aber auch in allen anderen Organen deponirt. Dieses Tuberkelgift stamme bei der acuten Miliartuberculose aus einem älteren Herde käsiger Zerfallsmasse, der sich in einer beliebigen Stelle des Körpers, den Lungen selbst, den Lymphdrüsen, Knochen etc. finden könne. Zehn Jahre später nahm nun Villemin Impfungen mit allen möglichen Massen tuberculöser Natur vor und kam zu dem Schlusse, die Tuberculose sei eine specifische Affection die ihre Ursache in einem impfbaren Agens habe; sie entstehe entweder durch directe Impfung oder durch Ansteckung oder endlich durch die in der Luft befindlichen, das eigenthümliche Tuberkelgift enthaltenden Keime. Dieser Lehre von der Specifität der Tuberculose schloss sich (1868) Klebs an. Eine andere Reihe von Forschern (Waldenburg, Cohnheim und Fränkel, Lebert und Wyss, Wilson Fox, Sanderson, Gerlach, Ruge) leugneten auf Grund ihrer Versuche, bei denen sie zur Infection nicht nur tuberculöses Material sondern auch eine grosse Anzahl an sich nicht irgendwie infectiöser Fremdkörper benutzten, diese Specifität, indem sie auch durch indifferente corpusculäre Elemente Knötchenbildung in den verschiedensten Organen ihrer Versuchsthiere entstehen sahen, sei es direct auf dem Wege capillärer Embolie oder durch Dispersion von einem primären, an der Impfstelle entstehenden, Käseherde aus. Sie stellten im nosologischen System die Tuberculose der Pyämie am nächsten, (Waldenburg). Von einem neuen Gesichtspuncte nahmen 1877 Tappeiner, Lippl und Schweninger die Frage in Angriff: Tappeiner benutzte zur Infection sehr stark verdünntes frisches phthisisches Sputum und liess dasselbe in feinzerstäubtem Zustande Hunde inhaliren, — sämmtliche Versuchsthiere acquirirten Tuberculose der Lungen während Controlhunde, die einfach catarrhalisches Sputum inhalirt hatten, gesund blieben. Mit dieser Versuchsanordnung ging es nun ebenso wie mit den Villemin'schen Experimenten: Schottelius liess ausser phthisischem Sputum auch noch andere zerstäubte organische und anorganische Substanzen inhaliren (fein geriebenen Käse, Kalbshirnemulsion etc.) und erhielt mit diesen ganz die nämlichen knötchenförmigen Entzündungsproducte wie nach Inhalation phthisisch-tuberculöser Sputa. Er sprach daher der Tuberculose eine Specifität im Sinne Tappeiner's ab. Tappeiner wiederholte seine Versuche, wobei wiederum zur Verhütung circumscripter Schluckpneumonieen sehr verdünntes Sputum benutzt wurde und erhielt dieselben Resultate wie früher. Bertheau (Heller) bestätigte die Tappeiner'schen Resultate, ebenso Schüller und Rheinstädter, Vahle und Frerichs jun. Schottelius hatte höchst wahrscheinlich, nehmen die letztgenannten Autoren an, das Sputum in zu concentrirter Form zur Inhalation gebracht und es handelte sich auch hier bei den von ihm gefundenen Atelectasen, peribronchitischen Herden und miliaren catarrhalischen Pneumonieen weniger um Infection mit den feinsten Trägern des Tuberkelvirus als um grob-mechanische Wirkung inhalirter Fremdkörper. Impfungen mit tuberculösen und nicht tuberculösen Massen in die vordere Augenkammer bildeten ein weiteres sehr dankbares Feld für die Entscheidung der schwebenden Frage (Cohnheim und Salomonsen, Baumgarten, Hänsell, Schuchardt, Damsch, Bollinger). Durch die classischen Untersuchungen von Cohnheim und Salomonsen wurde unwiderleglich bewiesen, dass Iristuberculose niemals anders als nach Verimpfung von tuberculösen Substanzen entstehe; Cohnheim trat, anfangs bekanntlich der entgegengesetzten Meinung, ganz auf die Seite der Specifiker. Baumgarten verimpfte differente und indifferente Körper aller Art und kam schliesslich zu dem Ergebniss, dass ausser den Perlsuchtsstoffen, den Producten der Tuberculose, Phthise und Scrophulose keine andere organische oder anorganische Substanz oder Schädlichkeit im Stande sei eine echte Tuberculose der Kaninchen ins Leben zu rufen. Die gegentheiligen Angaben erklären sich zu *einem* Theil aus der *Unterlassung* genauer histologischer Untersuchung der aus den verschiedenartigen Impfungen, Fütterungen, Inhalationen und Injectionen resultirenden Knötchen oder der *Nichtbeachtung* der hierbei zu Tage getretenen histologischen Unterschiede (Baumgarten) zu einem *anderen* Theil (worauf auch besonders Klebs, Cohnheim und Koch aufmerksam machen) aus dem Umstande, dass bei den Versuchsthieren, bei denen Uebertragungen *nicht*tuberculöser Stoffe vorgenommen worden, eine unbeabsichtigte oder spontane Infection mit dem Tuberkelvirus stattgefunden habe (mangelhafte Reinlichkeit der Instrumente, Aufenthalt der Versuchsthiere in inficirten Ställen, kritikloses Zusammenwerfen von unbeabsichtigter spontaner Inhalationstuberculose und der durch die Inoculation erzeugten Veränderungen etc.). Die ganze Frage hatte sich in der That vor 2 Jahren schon soweit zugespitzt, dass wirklich nur noch übrig blieb das Tuberkelvirus, welches man natürlicher Weise auch hier in einem Mikroparasiten vermuthete, zu entdecken und isolirt darzustellen.

An derartigen Versuchen hat es denn auch nicht gefehlt.

Klebs glaubte den organisirten Erreger der Tuberculose (1877) in kleinsten Formen von Mikrokokken oder in kurzen, nach Züchtung sehr zarten Stäbchen von höchstens 2 M. Länge und lebhafter Beweglichkeit gefunden zu haben. Toussaint wollte ebenfalls in Mikrokokken die er züchtete und verimpfte den Tuberkelorganis-

mus erblicken; ebenso sah Schüller einen von ihm in tuberculösen Käsemassen entdeckten Mikrokokkus, den auch er in den verschiedensten Culturflüssigkeiten züchtete und verimpfte, für die Ursache der scrophulösen und tuberculösen Gelenkleiden an. Aufrecht beschreibt sogar drei verschiedene Formen von Mikroorganismen aus denen das Centrum des Tuberkelknötchens bestehe, Monokokken, Kokken in Form kurzer 2—3 gliedriger Ketten aneinandergereiht und auffallend glänzende kurze stäbchenförmige Gebilde, deren Längsdurchmesser den Querdurchmesser wohl nur um die Hälfte übertraf. Baumgarten demonstrirte am 18. März 1882 in Königsberg mehreren Collegen Bacillen, die er durch besondere Behandlung der Präparate mit Kalilauge in den durch Perlsuchtsmassen erzeugten frischen Impftuberkeln in unzähligen Mengen hatte darstellen können.

Alle diese Befunde constatirten wohl das Vorkommen von Mikroorganismen in tuberculösem Material, ob aber die gefundenen Mikrokokken und Stäbchen wirklich auch die specifischen Erzeuger der Tuberculose seien und nicht etwa zufällige Befunde, nicht etwa nur gelegentliche Begleiter eines vielleicht noch garnicht entdeckten specifischen Mikroparasiten, das konnte erst dadurch erwiesen werden, die gesehenen Organismen erst dann mit Recht Tuberkelorganismen genannt werden, wenn es gelungen war durch *absolute Reinzüchtung* derselben ein Material zu erhalten welches — aus nichts weiter als einzig und allein aus diesen Kokken oder Stäbchen bestehend — verimpft Tuberculose hervorzurufen im Stande war.

Diese Aufgabe zu lösen gelang der Virtuosität Koch's: am 24. März 1882 hielt Koch[1]) in der Berliner physiologischen Gesellschaft seinen Vortrag «über den Nachweis und die Züchtung der Tuberkelbacillen».

Nachdem ihm durch ein eigenthümliches Färbungsverfahren der Nachweis des *constanten* Vorkommens eines bestimmten Mikroorganismus und zwar eines *stäbchenförmigen* Gebildes in tuberculösen Producten geglückt war, eines Bacillus der schon durch sein eigenartiges Verhalten zu bestimmten Farbstoffen sich von allen anderen derartigen Organismen scharf unterschied, stellte Koch Reinculturen dieser Stäbchen an, verimpfte die auf künstlichem Nährboden gezüchteten Bacillen — dieselben riefen eine schnell verlaufende allgemeine Tuberculose hervor, in deren Producten sich überall wiederum dieselben wohlcharacterisirten Stäbchen nachweisen liessen, die, abermals gezüchtet und verimpft, dieselben Resultate gaben.

Die Koch'schen Tuberkelbacillen sind *unbewegliche, sehr dünne Stäbchen, ein Viertel bis halb so lang als der Durchmesser eines rothen Blutkörperchens*, mitunter länger bis zum vollen Durchmesser eines rothen Blutkörperchens; unter gewissen Verhältnissen bilden sie schon im thierischen Körper Sporen (2—4) von ovaler Gestalt, welche in gleichmässigen Abständen auf die Länge des Bacillus vertheilt sind. Hiernach konnten die von Klebs, Schüller, Toussaint, Aufrecht gesehenen Organismen kaum mehr für die der Tuberculose eigenthümlichen angesehen werden, während die Baumgarten'schen Bacillen späterhin von Koch selbst als identisch mit den von ihm (Koch) gefundenen anerkannt wurden[2]).

(Fortsetzung folgt).

[1]) Berliner klinische Wochenschr. 1882 № 15.

[2]) Deutsche med. Wschr. 1882, pg. 307.

Referate.

S. Bayer: Rhabdomyoma orbitae. (Nordiskt medicinskt arkiv. Bd. XIV № 19).

Verf. beschreibt eine 3,5 und 2 Cent. im Durchmesser haltende Geschwulst, welche bei einem 3-jährigen Knaben aus der Orbita, zwischen Bulbus und unterem Lide entfernt worden war. Auf dem Durchschnitt erscheint die Geschwulst hellgrau-röthlich mit weisslichen Flecken und Streifen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand B., dass die Geschwulst aus durcheinander geflochtenen Zügen von quergestreiften Muskelfasern und ihren verschiedenen Entwickelungsstufen bestand. Die Muskelfasern hatten ovale Kerne und zeigten neben der Querstreifung meist auch Längsstreifung. An manchen Fasern erkannte B. ein deutliches Sarcolemma. Das interstitielle Gewebe erschien feinkörnig, kernreich, an manchen Stellen dem Granulationsgewebe ähnlich.

B. nimmt an, dass die Geschwulst aus embryonalen Muskelanlagen am Boden der Orbita hervorgegangen. Fr.

H. Schäfer (Heidelberg): Die Augen der Zöglinge der Taubstummenanstalt in Gerlachsheim. (Grossh. Baden). (Centralbl. für praktische Augenheilkunde von Prof. Hirschberg. März 1884).

Es gelangten im Ganzen 95 Zöglinge, 52 Knaben und 43 Mädchen zur Untersuchung; alle befanden sich im Alter zwischen 9 und 18 Jahren.

Die Untersuchung ergab:

1) Ein überwiegendes Vorkommen von Emmetropie und Hypermetropie bei einer relativ sehr geringen Anzahl von Myopen.

2) Weder die Anzahl noch der Grad der Myopie liessen eine Zunahme mit fortschreitendem Lebensalter erkennen.

3) Der Grad der gefundenen Refractionsanomalien war durchweg ein sehr geringer, wobei nur 5 Mal einfacher Astigmatismus constatirt wurde. Anisometropie fand sich nur in fünf Fällen.

4) Die Sehschärfe war bei 80 Zöglingen, die abgesehen von den Refractionsanomalien keinerlei krankhafte Veränderungen von Seiten der Augen erkennen liessen, eine ausnehmend gute.

Als sehr auffallend bezeichnet Verf. die so sehr geringe Anzahl von Myopen (8,2 %), wenn man bedenkt, dass der Taubstumme nur durch Anschauung lernt und dass sein ganzer Verkehr auf Anschauung beruht, er somit eigentlich häufiger accommodiren muss als einer dem auch die anderen Sinne zur Verfügung stehen. Einen Fall von progressiver Myopie hat Verf. nicht beobachtet. L.

Die Zukunfts-Philosophie des Paracelsus als Grundlage einer Reformation für Medicin und Naturwissenschaften. Bearbeitet von Dr. Rudolf Stanelli. (Wien. Verlag von Carl Gerold's Sohn. 1884. 246 pag).

Dieses Büchlein ist wohl in Wien verlegt, jedoch in Moskau gedruckt und geschrieben. Wir haben es also mit einem Landsmann zu thun. Dieses ahnten wir nicht, als wir das Buch desselben Verf. «Physiologische Disharmonien, insbesondere uvuläre Krankheiten etc.» im vergangenen Jahre zu besprechen hatten. Jetzt erst wird uns Vieles klar, vor Allem, dass er ein Anhänger des alten Paracelsus ist und sein Schreibestyl durch denselben beeinflusst wird. Seine «Einleitung» aber beginnt Verf.: «Vor ca. 350 Jahren lebte und wirkte der Arzt Paracelsus als Sphinx und zugleich selbst als Räthsel nicht nur für seine Zeitgenossen, sondern auch noch für die Jetztzeit». Dieses Räthsel bemüht sich nun Verf. zu lösen. Zu diesem Zweck verwirft er pathologische Anatomie und Physiologie, die ganze «versauerte» heutige medicinische Anschauung und schwärmt für «vitale Analyse der Krankheiten».

Dabei wendet er sich an Philosophen und Naturforscher, damit sie ihm helfen die medicinische Wissenschaft wieder in richtige Bahnen zu bringen, damit «die geistigen Bacterien und Bacillen, welche die faulige Gährung in der Medicin unterhalten und in die Länge ziehen alsdann auch einem frischen und gesunden Fermente weichen werden». Doch genug der Citate, die beweisen, wie gut der 30-jährige Denker sich in den Paracelsischen Styl hineingedacht. So geht es stetig fort, der Inhalt ist reich: Chemisches Laboratorium in der Medulla oblongata als vitales Centrum, Piqûre, Krieg ist der Vater aller Dinge etc. Der alte Paracelsus würde das Buch gewiss zu würdigen wissen, wir nicht, uns geht das Verständniss für «Zukunftsphilosophie» ab, daher verstehen wir auch nicht die «Ansichten unserer Nachkommen», mit denen Verf. seine Abhandlung beschliesst und überlassen dieselben unseren Nachkommen.

Unseren Zeitgenossen empfehlen wir das Buch als Waggonlectüre für den Sommer, möchten jedoch ausnahmsweise, da Verf. ein Moskowiter, mit einem russischen Citat aus der Vergangenheit schliessen: все это было бы смѣшно, кокда бы небыло такъ грустно.[1]) Nach 30-jähriger Thätigkeit als Arzt, hat Verf. nichts Anderes als Zukunftsphilosophe des Paracelsus zu bringen! P.

[1]) Das Alles würde lächerlich sein, wenn es nicht so traurig wäre.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Ssetschenow: Physiologische Skizzen. — St. Petersburg, Karbassnikow, 1884. Mit 13 Zeichnungen. 162 Seiten. (Russisch).

Das vorliegende Werk, eine wirkliche populäre Darstellung der vegetativen Processe des thierischen Organismus, ist nach dem kurzen Vorwort des Verfassers ein Abdruck der vor circa 10 Jahren veröffentlichten «Physiologie der vegetativen Processe», welche den Inhalt von öffentlichen Vorlesungen wiedergaben. Der Name des Verfassers, eines der Coryphäen der Wissenschaft zeigt schon, was man von dem Werke zu erwarten hat, und ist in der That dasselbe in einer so gediegenen klaren Art abgefasst, dass wir es nur warm empfehlen können. Hz.

Der scheinbare Nutzen und der wirkliche Schaden der Pockenimpfung. Kritische Studie des Dr. med. L. Brasol. (Lebedin, Gouv. Charkow). — St. Petersburg 1884. 66 pag.

Die vorliegende, nicht ungeschickt verfasste Schrift ist insofern berücksichtigungswerth, als sie nicht von einem Laien, sondern von einem Arzte verfasst, der erst vor einigen Monaten seine Doctordissertation vertheidigt hat, also noch auf der Höhe der Wissenschaft stehen müsste. Um so befremdender ist es, dass er die ganze Frage der Schutzimpfung, wie sie neuerdings doch von so grosser Wichtigkeit bezüglich des Milzbrandes und der Hundswuth zu werden beginnt, in Bezug auf Pocken negiren möchte. Um den Nutzen der Pockenimpfung zu bekämpfen, sucht Vf. systematisch die Statistik zu verdächtigen und zu beweisen, dieselbe könne nur durch Specialstatistiker aufgestellt werden, die Aerzte verständen nichts davon. Obgleich Vf. objectiv kritisch verfahren will, geht doch aus Allem hervor, dass er mit vorgefasster Meinung an die Arbeit tritt. Um so eigenthümlicher macht sich sein Kampf, als, wie unsere Leser bereits wissen gleichzeitig der arme Oidtmann, der Herausgeber der impfgegnerischen Zeitschrift, sich durch dieselbe materiell

zu Grunde richtet, da sein Journal keine Abonnenten findet. Dieses ist wohl das beste Zeichen, wie die Zahl der Impfgegner stetig schmilzt. «*Le combat cessa faute de combattants!*» Dieses Citat entnehmen wir der vorliegenden Schrift, in welcher es gerade darauf angewandt wurde, dass bald die Impffreunde schwinden würden.

Es kann uns nur leid thun, dass Vf. seine Arbeitskraft nicht einer fruchtbringenderen Frage, als der Bekämpfung des Impfens, gewidmet hat. P.

Vermischtes.

— In Mirgorod ist Dr. Kaschinski im Alter von 48 Jahren gestorben. Um das Andenken an seine segensreiche Thätigkeit, sowohl als Arzt als auch als Glied der Communalverwaltung zu erhalten, hat die Stadtverwaltung von Mirgorod beschlossen, die Strasse, in welcher er wohnte, nach seinem Namen zu benennen und sein Portrait im Sitzungssaale des Stadtamtes aufzustellen. Auch in der öffentlichen Bibliothek, welche von ihm begründet ist, soll sein Portrait aufgestellt werden.

— *Verstorben*: In Witebsk der Gehülfe des dortigen Gouvernements-Medicinalinspectors Dr. Ponomarëw; in Moskau Dr. I. Karadylew; in Wilna Dr. N. Ssawizki durch Selbstvergiftung. (Wr.)

— In Moskau verstarb an der Schwindsucht der Dr. med. et chirurg. Constantin Jankowski im 32. Lebensjahre. Der Dahingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der hiesigen medico-chirurgischen Academie erhalten, wo er, erst 21 Jahre alt, den Cursus mit dem Grade eines Arztes absolvirte. Er widmete sich speciell der Chirurgie und wurde Assistent des Prof. Korshenewski, nach dessen Tode aber Assistent bei Prof. Sklifossowski in St. Petersburg. Vom Jahre 1867 an war J. auf den Kriegsschauplätzen in Serbien, Montenegro, am Balkan als Chirurg thätig und wurde nach Beendigung des russisch-türkischen Feldzuges wieder Assistent des Prof. Sklifossowski in Moskau. Behufs weiterer wissenschaftlicher Ausbildung besuchte er die Kliniken vieler ausländischen Chirurgen und schrieb sodann seine Dissertation (in deutscher und russischer Sprache) unter dem Titel: «Einfluss der Durchschneidung der vasomotorischen Nerven auf die Absonderung der Lymphe und die Bildung des Oedems bei der Entzündung und Hydrämie», welche er vor einem Jahre an der Moskauer Universität vertheidigte. Die schleichende Krankheit nagte jedoch schon an dem Körper dieses strebsamen und zu grossen Hoffnungen berechtigenden Mannes und setzte seinem Leben nur allzu bald ein Ziel.

— Die Betheiligung von Aerzten aus Russland *an dem in diesem Jahre in Kopenhagen stattfindenden VIII. internationalen medicinischen Congresse* verspricht — nach den aus Russland angekündigten Vorträgen zu urtheilen — diesmal eine regere als auf den früheren Congressen zu werden. Ein Hinderniss für eine zahlreichere Betheiligung russischer Aerzte an den internationalen medicinischen Congressen bildet wohl der Umstand, dass als officielle Sprachen der Congresse nur die französische, deutsche und englische gelten, in anderen Sprachen aber nur ganz kurze Bemerkungen gestattet sind und das auch nur, wenn sich in der Versammlung Jemand findet, der diese Bemerkungen in eine der officiellen Sprachen verdolmetschen kann. Im Ganzen sind aus Russland 11 Vorträge von 8 Aerzten angekündigt. Von diesen Aerzten sind die meisten aus Petersburg nämlich die DDr. Rauchfuss, Wreden, Schmulewitsch und Prof. Dobrowolski (Ophthalmolog), aus Dorpat Prof. Raehlmann (Ophthalmolog) und Dr. Openchowski, aus Charkow Prof. Lasarewitsch (Gynäkolog), aus Kasan Prf. Dogel (Pharmakolog). Was die angekündigten Vorträge anbetrifft, so wollen wir hier einige hervorheben; Dr. Rauchfuss wird sprechen: 1) Ueber die Wichtigkeit der Kinderpoliklinik für die Verbreitung hygienischer Kenntnisse im Volk und 2) Bildet der Croup eine gut abgegrenzte klinische Gruppe? Dr. Wreden: Ueber die Wichtigkeit der Ohrenkrankheiten für die allgemeine medicinische Bildung; Prof. Raehlmann: Ueber das Trachom und die amyloide Degeneration; Dr. Schmulewitsch: 1) Ueber die alkoholischen Getränke bei der Kost des Soldaten und Matrosen und 2) Die militärmedicinische Statistik als wirkliche und einzige Grundlage einer internationalen medicinischen Statistik der europäischen Staaten; Prof. Lasarewitsch: Ueber die angeborenen Seitenlagen der Gebärmutter u. s. w.

— Dr. Roman de Luna theilt über die Cholera seine Ansichten mit, welche sich auf von ihm selbst im J. 1865 in Madrid und im vorigen Jahre von anderen Personen auf den Philippinen (besonders Manila) angestellte Beobachtungen stützen: Das ansteckende Princip der Cholera verbreitet sich immer aus der Luft auf Personen und Gegenstände. Diese Einwirkung erfolge ausschliesslich durch die Athmungswege und zwar erfolge vornehmlich während des unthätigen Zustandes der Individuen, insbesondere während des Schlafes, die Incubation. Die Einwirkung des Mikrobes oder Fermentes geschehe namentlich auf die Blutkügelchen, verhindere die Blutbildung und bewirke so eine Art Erstickung, die sich bis zum Tode steigert. Das einzige Rettungsmittel für Cholerakranke im Stadium algidum bestehe darin, sie vorsichtig mit Luft gemischte Dämpfe von Untersalpetersäure einathmen zu lassen. Zwei od. drei Inhalationen reichten in den vom Verf. mitgetheilten Fällen vollständig hin, um sofort den Kranken Erleichterung zu verschaffen und eine merkliche Reaction zu veranlassen; bereits nach einigen Stunden befanden sich die Kranken dann ausser Gefahr. Verf. wendet daher gegen die Cholera Räucherungen mit Untersalpetersäure in bewohnten Räumen 2 Mal am Tage (Morgens früh und Abends spät) an. Während der schrecklichen Choleraepidemie des verflossenen Jahres in Manila erkrankte unter den 300 Arbeitern der dortigen Münze, die der Einwirkung von Untersalpetersäuredämpfen ausgesetzt waren, kein einziger.

(Journ. de Pharm. et de Chem. — Arch. der Pharm. — A. m. C.-Ztg.)

— Die telegraphischen Nachrichten vom Choleraschauplatze in Frankreich lauten immer ungünstiger. Aus Marseille wurden an einem Tage (12. Juli) bereits 75, aus Toulon 33 Todesfälle gemeldet. Es bestätigt sich somit die von Dr. Koch in seinem Berichte an die deutsche Regierung gemachte Mittheilung, dass die Seuche heftig auftrete, rapide Fortschritte mache, und, wenn französische Aerzte von einer milderen Form der Krankheit sprechen, dies wohl daher rühre, dass verschiedentlich starke Diarrhöen als Cholera behandelt seien. Wenn die Cholera bisher eine intensive Verbreitung in der Umgegend von Toulon nicht gefunden habe, so sei dies auf den gebirgigen Character dieser Umgegend zurückzuführen. K. ist der Ueberzeugung, dass, nachdem man es in Toulon und Marseille unzweifelhaft mit der asiatischen Cholera zu thun habe, diese nach den bisherigen Erfahrungen sich auch über den europäischen Continent ausbreiten werde. — Angesichts der Gefahr einer Verschleppung der Seuche über die Grenzen Frankreichs haben alle Regierungen Maassregeln zur Abwehr ergriffen. Am rigorosesten ist Spanien vorgegangen, welches nicht nur eine 16-tägige Quarantaine und Einfuhrverbote angeordnet, sondern auch die französische Grenze durch einen militärischen Cordon abgesperrt hat. Auch Italien hat weitgehende Maassregeln ergriffen und sogar an der schweizerischen Grenze einen Militärcordon aufgestellt. Deutschland hingegen hat bis jetzt von Sperrmaassregeln abgesehen und sich auf die nothwendigsten Maassnahmen — das Revisionssystem bezw. die Untersuchung der aus dem Westen kommenden Eisenbahnzüge, Desinfection, Einsetzung von Localcomités behufs Ueberwachung der sanitätspolizeilichen Vorschriften, Einrichtung von Choleralazarethen etc. beschränkt. Die von unserer Regierung getroffenen Anordnungen bringen wir nachstehend in extenso.

— *Der Operationsplan zur Bekämpfung der Cholera*, den das Medicinal-Departement ausgearbeitet hat, lautet nach dem „Praw. Westnik" wie folgt:

A. Bestimmungen für Ortschaften, die mit der Choleragefahr bedroht sind:

1) Sobald offizielle oder private Nachrichten über choleraähnliche Erkrankungen vorliegen, sind diese Fälle sofort streng zu untersuchen und der Verlauf und Ausgang der Krankheit genau zu controliren.

2) Alle Ausscheidungen (Erbrochenes und Excremente) von Kranken, die der Cholera verdächtig sind, sowie alle Gegenstände, die während der Krankheit in ihrem Gebrauche waren, sind sofort zu vernichten oder zu desinficiren, durch Verbrennung, Vergrabung in Erde oder Sand, oder durch Anwendung eines der folgenden Mittel: Sublimat, Carbolsäure, Chlorkalk u. dgl.

3) Die Sanitätsaufsicht ist zu verstärken auf allen Eisenbahnstationen, Dampferanfahrten, in Nachtasylen, Gast- und Wirthshäusern, Fabriken und Gewerbsetablissements, Hospitälern, Gefängnissen, Kasernen, Schulen, Behausungen von Arbeiter-Artels, auf Märkten, Plätzen, in Kaufhöfen, auf Jahrmärkten, in Klöstern u. s. w.; es ist ferner streng auf sorgfältigste Reinhaltung der Strassen, Plätze, Höfe, Häuser, Kehricht- und Senkgruben und Retiraden, sowie insbesondere auf Desinfection dieser letzteren zu achten.

4) Die Hospitäler sind rechtzeitig für Cholerapatienten einzurichten und auch zeitweilige Cholerahospitäler, sowie Stationen für ärztliche Dejouren anzulegen; diese Anstalten müssen versorgt sein mit Bediensteten, Medicamenten, Wäsche, Eis; auch müssen Localitäten hergerichtet werden zur Aufnahme von Gesunden, die evacuirt werden sollen.

5) Choleraverdächtige Anreisende sind sofort zu isoliren und in den dazu bestimmten Hospitälern und Häusern unterzubringen.

6) Desgleichen ist die Aufsicht über die Wasserversorgung der Bevölkerung zu verstärken, d. h. die Aufsicht über die Brunnen, Flüsse und andere Wasserreservoirs, sowie auch der Gebrauch von für schlecht befundenem Wasser auf's Strengste zu untersagen.

7) Es ist ferner die Aufsicht über den Victualienhandel auf Märkten, Bazaren, Wirthshäusern und Buden zu verstärken und jedes für schlecht, oder verdorben befundene Product ist sofort zu vernichten: wie unreifes oder faules Obst, Gemüse, Kartoffeln, Fleisch, Fisch, Milch u. s. w.

8) Es sind rechtzeitig unter der Bevölkerung gedruckte Verhaltungsmaassregeln zu vertheilen, die das Wesentlichste der prophylaktischen (Schutz) Mittel enthalten, sowie die Nothwendigkeit allgemeinen, einheitlichen und energischen Zusammenwirkens in der Eruirung von Erkrankungsfällen und der Vernichtung und Desinficirung der Ausscheidungen Kranker darthun.

9) Es sind rechtzeitig Desinfectionsmittel herzustellen.

10) Die Apotheker sind anzuhalten, Vorräthe der nothwendigen Medicamente bereit zu halten.

11) Es sind rechzeitig die bewohnten Ortschaften, behufs Erleich-

terung der Sanitätsaufsicht, in Reviere zu theilen und Bezirkscuratoren zu erwählen.

12) In den Gouvernements, wo die Landschaftsinstitutionen und die Städteordnung eingeführt sind, werden mit der Durchführung der Sanitätsmaassregeln die Gouvernements- und Kreislandschaftsämter und die Dumas betraut; in den übrigen aber die Komités der öffentlichen Fürsorge.

13) Im Falle, dass an irgend einem Orte Cholera-Erkrankungen vorkommen, und dass dieser Ort für verseucht erklärt wird, haben die betreffenden Behörden der noch seuchenfreien, aber bedrohten Nachbarortschaften: a. rechtzeitig die Bevölkerung von der Gefahr in Kenntniss zu setzen, die ihr durch Provenienzen aus dem verseuchten Orte drohen; b. die beste Methode zur Reinigung und Desinficirung anzugeben; c. eine Instruction über individuelle Schutz-Maassregeln zu veröffentlichen; d. eine Sanitätsaufsicht nach Revieren zu organisiren, namentlich in Arbeitervierteln; e. die Bedingungen der Aufnahme von Kranken in Hospitälern, die Adressen von Personen und Puncten, wo medicinische und anderweitige Hilfe zu finden ist, zu publiciren und f. Krankenstationen für die erste medicinische Hilfe und Asyle für Verpflegung Armer einzurichten.

B. Bestimmungen für Ortschaften, wo Cholerafälle vorkommen:

14) Das Vorkommen von Cholerafällen ist sofort zu publiciren.

15) Es ist dafür zu sorgen, dass Hilfe leistende Aerzte, Brodherren, Hausbesitzer, Familienhäupter u. s. w. sofort die Polizei von jedem Erkrankungsfall in Kenntniss setzten.

16) Es sind sofort Krankenstationen zu eröffnen zu unentgeltlicher Darreichung der ersten Hilfe gegen choleraartige Diarrhöe*) und zur Verabfolgung von Desinfectionsmitteln an die ärmsten Bewohner.

17) Es sind Maassregeln zu treffen zur Isolirung Erkrankter in hierfür eingerichteten Localitäten, Krankenhäusern und Cholerahospitälern.

18) Es ist auf's Strengste auf Vernichtung und Desinfection des Auswurfs und der Excremente Cholerakranker und der inficirten Gegenstände (Wäsche, Kleider, Betten) und Wohnungen zu achten.

19) Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Choleraleichen möglichst rasch und, wenn's angeht, auf besonderen Cholerafriedhöfen begraben würden, sowie dafür, dass die Leichen mit Kalk beschüttet, möglichst tief versenkt würden, und dass keine Nebenpersonen zu der Leiche Zutritt erhalten.

20) Es sind Vorsichtsmaassregeln zu ergreifen behufs des Handels mit alten Kleidern, Lumpen und Hadern.

21) Es sind täglich offficelle Publicationen zu erlassen über den Gang der Epidemie, Sterblichkeit, ergriffene Maassregeln und deren Erfolg, Hilfspuncte, Vacanzen in Hospitälern u. s. w.

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Buguruslan* (Gouv. Samara). Gehalt 1500 Rbl. bei freien Amtsfahrten. Refl. haben sich unter Beifügung ihrer Documente, Nachrichten über ihren früheren Dienst. sowie eines Zeugnisses der Polizei (!) an die „Бугурусланская Земская Управа" zu wenden. (Wr.)

*) Jedem Falle selbst von leichtester Diarrhöe ist eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, weil 1) durch Cholerainficirung hervorgerufene Diarrhöe sehr schwer von anderen zu unterscheiden ist und 2) weil die Behandlung einigermaassen erfolgreich nur in diesem Stadium der Krankheit ist.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 24. Juni 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2277	1614	3891
Kinderhospitäler	121	94	215
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	136	46	182
Scharlach	11	6	17
Pocken	5	11	16
Venerische Krankheiten	290	403	693

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 17. bis 23. Juni 1884 besucht von 2844 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1251.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 24. bis 30. Juni 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
310	239	549	137	68	101	21	8	15	39	37	29	39	28	18	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 17, Scharlach 2, Diphtherie 15, Croup 1, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 6, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 36, andere Gehirnkrankheiten 13, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 14, acute Entzündung der Athmungsorgane 73, Lungenschwindsucht 74, andere Krankheiten der Brusthöhle 10, Gastro-intestinal-Krankheiten 139, andere Krankheiten der Bauchhöhle 14, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 41, Marasmus senilis 19, Cachexia 19.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	8—14 Juni	181 732	85	7	24,4	8,2	32,0
Kopenhagen	11—17 Juni	267 000	119	6	23,1	5,0	42,8
Berlin	15—21 Juni	1 225 065	611	75	25,9	12,2	39,8
Wien	15—21 Juni	759 849	388	19	26,6	4,9	29,1
Brüssel	8—14 Juni	171 293	91	15	27,6	16,4	33,2
Paris	13—19 Juni	2 239 928	1000	121	23,2	12,1	26,4
London	15—21 Juni	4 019 361	1371	269	17,8	19,6	33,1
St. Petersburg	22—28 Juni	928 016	495	85	27,6	17,1	30,8

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 6 Іюля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 28. **St. Petersburg, 14. (26.) Juli** **1884.**

Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoïdei postici.

Von

Dr. Karl Dehio,
Docent an der Universität Dorpat.

(Schluss).

Ganz anders verhielt es sich in dem folgenden Fall, den ich im Sommer des vorigen Jahres in St. Petersburg zu Gesichte bekam. Da ich ursprünglich nicht beabsichtigte, denselben zu veröffentlichen, so sind meine Notizen über denselben nicht ganz vollständig, weshalb ich hiermit um Entschuldigung bitte.

Fall II. Am 6. Juni 1883 wurde ich zu einer Frau M. gerufen, über deren Leiden ich folgendes notirt habe: Hochgewachsene, ziemlich magere Frau in den klimakterischen Jahren. Will schon seit Jahren brustleidend sein; hat in den letzten Monaten viel gehustet und Abends gefiebert und ist dabei stark abgemagert. Vor drei Wochen hat sie ziemlich plötzlich, aber ohne besondere Ursache Athemnoth bekommen, «als ob ihr die Kehle zusammen geschnürt würde». Der behandelnde Arzt hat laryngoskopisch eine Stimmbandlähmung constatirt. Der Erstickungsanfall ging nach einigen Stunden vorüber, aber eine gewisse Behinderung der Athmung blieb nach, die namentlich bei tieferen Inspirationen sehr deutlich war. Später sind, namentlich des Nachts, öfters suffocatorische Anfälle vorgekommen.

Stat präs. Die Frau sitzt im Lehnsessel und hat deutlichen Stridor des Athmungsgeräusches, der bei oberflächlichem Athmen zwar geringer wird, aber nicht ganz schwindet. Stimme eigenthümlich tief und rauh, höhere Töne unmöglich. Viel rauher, tieftöniger Husten, Expectoration eitrigen Schleimes. Links hinten oben und links vorn oben Dämpfung und ganz schwaches Athmungsgeräusch, rechts hinten unten Dämpfung, bronchiales Athmen und viel klingendes Rasseln. Laryngoskopischer Befund: Epiglottis hoch aufgerichtet, linker Aryknorpel gänzlich unbeweglich, ist etwas nach vorn in den Kehlkopfraum hinein gesunken, das linke Stimmband steht sowohl beim Phoniren als beim ruhigen Athmen unbeweglich in Cadaverstellung. Das rechte Stimmband macht zwar respiratorische und phonatorische Bewegungen, dieselben sind aber sehr wenig ausgiebig und namentlich geht dasselbe beim ruhigen Inspirium kaum nach aussen. Der rechte Aryknorpel bewegt sich auch nur wenig und bei tieferen Athemzügen werden beide Stimmbänder mit ihren inneren Flächen derartig gegen das Lumen des Kehlkopfes heran gezogen, dass die Glottis sich stark verengt und zu tönendem, heulendem Inspirium Anlass giebt. Intensive catarrhalische Laryngitis, Rachenschleimhaut stark geröthet und geschwellt, trockene, rissige Zunge.

Aus meiner Erinnerung kann ich hinzufügen, dass das rechte Stimmband fast in der Mittellinie stand und sich bei ruhigem Inspirium kaum um einen Millimeter nach aussen bewegte; mit jeder tieferen Einathmung senkten sich die schlaffen Stimmbänder nach innen, unten gegen das Tracheallumen hin, wie vom Winde erfasste Segel, so dass ihre Ränder sich fast berührten und die Glottis zu einem schmalen Spalt verengten; je stärker die inspiratorische Anstrengung war, desto mehr wurden sie einander genähert.

Diagnose: Phthisis pulmonum. Paralyse des linken N. recurrens und Parese des rechten mit fast vollständiger Lähmung des M. crico-arytaen. post. dexter.

Am 11. Juni während des Laryngoskopirens ein Anfall von hochgradigster laryngealer Dyspnöe mit Erstickungsangst, krähendem Inspirium und tiefer Einziehung der oberen und unteren Thoraxapertur. Exspirium dabei vollständig frei. Die Stimme ist heiserer geworden und die beständige Athemnoth wächst. Abends Fieber bis 39,5° C., stinkendes, etwas blutig gefärbtes Sputum.

13. Juni. Pat. hat die Nacht unter fortwährender Erstickungsangst zugebracht und verlangt dringend die Tracheotomie. Ich machte die Tracheotomia superior nach Bohse; darauf entleeren sich aus der Canüle gewaltige Mengen eitrigen Schleims von blutiger, rothbrauner Farbe und penetrantem Geruch. Erst gegen Abend lässt die Expectoration dieser in den Lungen aufgespeicherten putriden Massen etwas nach.

15. Juni. Mässiges Fieber; Patientin fühlt sich mit der Canüle erleichtert, ist aber sehr schwach.

Wegen einer Reise, die ich um diese Zeit unternahm, konnte ich Pat. nicht weiter beobachten. Nachträglich er-

fuhr ich, dass dieselbe am 25. Juni gestorben ist. Eine Section ist nicht gemacht worden.

Durch das in Cadaverstellung fixirte linke und das fast in der Mittellinie stehende rechte Stimmband war die Glottis so stark verengt, dass eine andauernde inspiratorische Dyspnöe die Folge war; dass bei stärkeren Inspirationen erfolgende Zusammensinken der Stimmbänder machte laryngoskopisch einen ganz anderen Eindruck als in dem ersten von mir beschriebenen Fall. Während sie dort beim Inspiriren straff gespannt erschienen, traten sie hier bei starken Einathmungen nicht allein mit ihren Rändern näher zusammen, sondern wurden auch gleichzeitig in die Tiefe herabgezogen. Ich erkläre mir diesen passiven Stellungswechsel derselben aus der Lähmung, resp. der Parese der Musculi thyreo-aryt. int., in Folge derer die Stimmbänder ihre normale Spannung eingebüsst hatten.

Wenn man, was sehr leicht gelingt, einen Gesunden das inspiratorische heulende Geräusch nachahmen lässt, so bemerkt man laryngoskopisch ebenso wenig ein Herabsinken der Stimmbänder wie in meinem ersten Fall, denn so lange die Musculi thyreo-arytaenoïdei interni nicht gelähmt sind, widerstehen sie dem Andringen des inspiratorischen Luftstromes.

Mein zweiter Fall hatte in manchen Stücken eine grosse Aehnlichkeit mit dem 2. Fall von Duvening (l. c.), und dürfte es wohl auch hier am nächsten liegen, eine Drucklähmung der Nervi laryngeï recurrentes, etwa durch käsige Bronchialdrüsen oder pleuritische Schwartenbildung in der Umgebung der betroffenen Nervenstämme, anzunehmen. Linkerseits war die Lähmung vollständig, während es rechterseits nur mehr erst zu einer Parese gekommen war, die aber in den zum M. crico-aryt. post. dexter. führenden Fasern nicht mehr weit von einer vollständigen Leitungsunterbrechung entfernt war.

Ob neben der unzweifelhaften Lähmung auch noch krampfhafte Contractionen der noch nicht gelähmten Kehlkopfmuskeln eine Rolle gespielt haben, lasse ich unentschieden; der durch meinen Laryngoskopirungsversuch offenbar reflectorisch hervorgerufene Erstickungsanfall machte allerdings wegen seines plötzlichen Auftretens, seiner hochgradigen, fast bis zur Asphyxie sich steigernden Dyspnöe, und seines raschen Nachlassens auf mich ganz den Eindruck eines spastischen Glottiskrampfes.

Dorpat den 6. (18). April 1884.

Zur Frage der Operationsmethoden calloser Stricturen der Harnröhre.

Von

Dr. A. Podres.

Privat-Docent der Chirurgie an der Universität zu Charkow.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass callose Stricturen der Harnröhre eine so ernste Erscheinung bilden, welche oft dem Arzte grosse Schwierigkeiten bereiten, weil eben wie bekannt, noch bis hiezu keine feststehende operative Behandlungsweise ausgearbeitet ist. Dass dieses Gebiet nicht abgeschlossen ist, ist daraus allein schon ersichtlich, dass man nicht selten callose Stricturen von solcher Art treffen kann, für welche keine der bisher bekannten Methoden sich eignet und daher der Chirurg vollständig eigenartig zu operiren genöthigt ist. Die von Prof. Dittel in seiner Schrift (die Strictur der Harnröhre), unter dem Namen periurethrale Exstirpation vorgeschlagene Operation der Exstirpation des Callus; oder die plastische Resection der Urethra ausgeführt von Heusner (Deutsche med. Wochenschrift 1883 № 20), können nur in denjenigen Fällen in Frage kommen, wo der Callus entweder nicht durch alle Schichten der Harnröhrenwand durchdringt, mit anderen Worten auf der Urethra sitzt; oder wo er keinen grossen Raum der Harnröhrenwand durchdringt, während es bei Weitem keine Seltenheit ist callose Stricturen zu treffen, bei welchen die genannten Bedingungen nicht vorhanden sind, wie es auch im folgenden Falle war.

Der Pat. 42 Jahre alt von kräftigem Körperbau, mässig genährt, litt seit länger als sieben Jahren an chronischer Urethritis in Form von goutte militaire, von Zeit zu Zeit acut werdend in Folge von Unenthaltsamkeit; er war nachlässig in der Behandlung und beging häufige Verstösse gegen die Mässigkeit. Seit einem Jahre bemerkte er dass die Harnentleerung allmälig immer schwieriger wurde und eine so starke Anstrengung erforderte, dass Pat. sehr bald auf der linken Seite einen Leistenbruch bekam. Vor drei Monaten trat zum ersten Male Harnverhaltung auf, sie hielt einige Tage an. Mit grosser Mühe gelang es dem Arzte einen dünnen elastischen Katheter durchzuführen. Der Pat. erholte sich, aber bald stellte sich aufs neue Harnverhaltung ein. Mit jedem Male wurde die Katheterisation schwieriger, die Blase erschlaffte immer mehr; es entwickelten sich allgemeine Erscheinungen von Störung der Harnabsonderung und der Ernährung. Als es das letzte Mal während der Harnverhaltung auf keine Weise gelingen wollte in die Harnblase zu gelangen und ich zum Patienten gerufen wurde, fand ich beim Anfange des Bulbus urethrae eine umfangreiche Strictur von fester Consistenz, complicirt durch einige Pseudo-Gänge. — Der Zustand des Patienten erforderte unverzügliche Hülfe und daher führte ich am 2. August 1883 die Paracenthesis vesicae aus. In den darauffolgenden Tagen gab die Untersuchung die Möglichkeit, sich von der Anwesenheit einer callosen Strictur zu überzeugen, wodurch es klar wurde, dass alle Versuche zur Erweiterung derselben auf unblutigem Wege aufzugeben seien, weshalb dem Patienten der Vorschlag gemacht wurde, die Entfernung derselben auf operativem Wege zu gestatten.

16 Tage nach der Punction, als der Patient sich bedeutend erholt hatte, d. i. am 18. Aug. wurde er chloroformirt und ich vollzog die Operation in folgender Weise; durch einen longitudinalen Schnitt, entlang der Raphe perinäi, trennte ich schichtweise die Gewebe bis dicht an den Callus. Der Schnitt war hinter die beiden Enden des Callus gefallen, welcher sich an der Grenze der Part. cavernosae urethrae und des Bulbus befand, wobei sein ganzes unteres Drittel sich in das Gebiet des Bulbus urethrae lagerte. Die ganze callos degenerirte Partie der Harnröhre maass $2^1/_2$ Ctm. Nachdem ich mich überzeugt, dass hier periurethrale Resection nicht vollzogen werden konnte, führte ich eine rinnenförmige leicht gekrümmte Harnröhrensonde bis zur Strictur ein, spannte den Penis an wie bei Lithotomie und öffnete die Harnröhre am Ende der Sonde, d. h. vor der Strictur. Die Probesondirung war von keinem Erfolge gekrönt und daher entschloss ich mich zur vollständigen Entfernung dieses ganzen Theiles der Harnröhre. Vorsichtig mit schrägen Schnitten separirend, löste ich zuerst den Callus von beiden Seiten, darauf durchschnitt ich die Harnröhre quer beim Eingange in die Strictur, den Callus mit der Klemmpincette erfassend und nach vorn anziehend bemühte ich mich ihn auszuschälen, indem ich die Schnitte ins Gewebe dicht am Callus ausführte. Weil nun der untere Winkel am allermeisten Schwierigkeiten bereitet, hier in Folge der Gegenwart des Bulbus urethrae, so öffnete ich die Harnröhre an der unteren Grenze der Strictur und nachdem ich mich zuvor durch einen von hieraus in die Harnblase geführten elastischen Katheter gesichert hatte, begann ich die weitere Aushülsung d. h. Befreiung des unteren Theiles des Callus aus dem Bulbus und trennte ihn ab. Die Operation war von mässiger parenchymatöser Blutung begleitet, welche nicht gestattete die Operation nach dem vorgesetzten Plane zu beenden, d. h. einen elastischen Katheter durch die ganze Urethra durchzuführen, darauf die Wunde durch Anlegen der Nähte zu schliessen und zu versuchen primo intentio zu erzielen. Ich war genöthigt mich auf die Application eines Tampons aus Jodoform-Marly zu beschränken und ihn vermittelst eines gleich-

artigen Verbandes zu befestigen, den Catheter in der Lage belassend wie sie oben angegeben. Gegen Abend klagte der Patient über schwachen Schmerz in der Wunde und leichten Drang zum Urin. Die Temperatur stieg bis 38,4, Puls 106. An den zwei folgenden Tagen waren unbedeutende abendliche Temperaturerhöhungen vorhanden, leichte Schmerzen in der Wunde, aber der Harndrang so stark, dass es gerathen schien am Anfange des dritten Tages den Katheter herauszuziehen und zur Ableitung des Harns die obere Canüle zu benutzen. Vom 21. August an, als die Oberfläche der Wunde bemerkbar sich zu reinigen anfing, begannen die ersten Versuche zur Näherung der Ränder derselben. Am 24. August wurden 3 tiefe und 4 oberflächliche Drahtnähte angelegt und die obere Canüle entfernt. Wiederum Katheterisation à demeure im Laufe der folgenden 4 Tage. Seit dem 28. August wurde der Katheter jeden Tag auf einige Zeit, von 1—2 Stunden, eingeführt. Zum 4. September war die Wunde fast verheilt, es hinterblieb eine kleine Fistelöffnung, welche nach einer zweimaligen Aetzung sich schloss. Die folgende Cur bestand im periodischen Sondiren und der Erweiterung des vernarbenden neugebildeten Theiles der Harnröhre. — 42 Tage nach der Operation wurde der Patient entlassen, sich im Besitze einer Harnröhre befindend welche № 25 nach Charrière entsprach, wobei er darauf aufmersam gemacht wurde dass es nothwendig sei die Sondirung der Harnröhre noch lange Zeit hindurch fortzusetzen. Gegenwärtig (es sind 6 Monate verflossen) ist die Harnröhre vollständig für die höheren Nummern der Bougies zugänglich und der Patient erholte sich vollkommen von den Leiden, welche ihm die Strictur verursacht hatte.

Ueber die Wiederbelebungsversuche bei Chloroformtod, insbesondere über die dabei angewendete Elektricität.

Von

Dr. med. Egbert Braatz,

prakt. Arzt in Libau.

Linhart [1]) sagte vor 22 Jahren: «Die bei Chloroformnarcose eingetretenen Todesfälle sind schon so zahlreich geworden, dass es wirklich die Aufgabe jedes Arztes ist, möglichst auf Mittel zu sinnen, welche die Gefahr vermindern oder gänzlich beseitigen».

Dieses Wort gilt auch heute noch, trotzdem sich die Literatur über Chloroform gewaltig gemehrt hat und nachdem die Zahl der bekannt gegebenen Chloroformtodesfälle inzwischen auf über 300 gestiegen ist. Denn auch heute noch ist unsere Einsicht in das Wesen der Chloroformwirkung eine höchst mangelhafte und wir stehen fast rathlos vor der Frage, weswegen das Chloroform in so vielen Fällen scheinbar unschädlich ist, in anderen dagegen trotz aller nur denkbaren Vorsichtsmaassregeln unrettbar tödtet.

So sei es mir gestattet, in diesem kleinen Beitrage zur Chloroformfrage die Aufmerksamkeit auf einige Seiten derselben hinzulenken, die mir eine ganz besondere Beachtung zu verdienen scheinen.

Mir ist es mehr als wahrscheinlich, dass namentlich manche Versuche, Scheintodte, die durch Chloroform verunglückt, wiederzubeleben, diesen mehr gefährlich als nützlich sind und keineswegs die Bezeichnung von Rettungsmitteln verdienen. Aufgabe der folgenden Zeilen soll es sein, dieses näher zu begründen.

Zunächst ist der Umstand noch nicht genügend gewürdigt, dass wir in unserer Frage nicht blos die allgemeine Vorsicht anzuwenden haben, wenn wir die Resultate des Thierexperimentes auf den Menschen übertragen wollen, sondern dass sich hier Thier und Mensch vollständig verschieden verhalten.

Schon Weber hatte gefunden, dass bei chloroformirten Thieren zuerst die Athmung und dann erst die Herzaction stockt und auch Böhm [2]) äussert sich darüber folgendermaassen:

«Gerade derjenige Modus, der beim Menschen am häufigsten letale Ausgänge bewirkt, der plötzliche, primäre Herzstillstand, kam bei meinen Thieren nur ganz selten und unter so unberechenbaren Bedingungen vor, dass man an eine experimentelle Erforschung nicht denken konnte».

Dieses stimmt gut mit der aus Versuchen abgeleiteten Ansicht Sansom's [3]) überein, dass, je tiefer man in der Scala des Thierreichs hinuntersteige, eine desto grössere Resistenz des Herzens gefunden werde. Er hatte gefunden, dass das Herz von Meerschweinchen dem Einfluss des Chloroforms grösseren Widerstand entgegensetze als dasjenige von Hunden und dass das aus dem Körper entfernte Herz der Schnecke noch im Chloroformbade fortfährt, sich zu contrahiren.

Mit dieser grösseren Zähigkeit des Thierherzens mag es auch zusammenhängen, dass kein Thier ohnmächtig wird Die Ohnmacht ist ein Privilegium des Herrn der Schöpfung.

Wie relativ häufig aber der primäre Herzstillstand beim Menschen ist, geht sowohl aus der Tabelle von W. Koch [4]), nach welchen auf 37 asphyktische 73 synkopale Todesfälle kommen, als auch aus der Zusammenstellung Kappeler's [5]) hervor, der 101 Chloroformtodesfälle näher analysirt.

Er scheidet zunächst die Fälle aus, welche sich aus anderen Gründen zur Berechnung nicht eignen und theilt das Beobachtungsmaterial in 2 Gruppen: in ungenügend und genügend beobachtete Fälle. Bei der ersten Gruppe kommen auf 20 Fälle von primärem Herzstillstand 12 Fälle, in denen die erste Gefahr von den Athmungsorganen ausging. In der genügend beobachteten Reihe finden wir 23 Fälle von primärem Herzstillstand und 17 Fälle von primärem Stocken der Athmung. Zusammen also 43 primärer Herzstillstand und 28 Mal, wo zuerst die Athmung cessirte.

Die Synkope mag aber noch etwas häufiger sein, denn das Stocken der Respiration lässt sich leichter mit dem Auge wahrnehmen, während das Ausbleiben des Pulses mit dem fühlenden Finger gefunden werden muss. Das Controliren des Pulses ist manchmal garnicht so leicht und wird noch erschwert durch plötzlich hereingebrochene Gefahr der Situation.

Wir können daher wohl annehmen, dass nach dem vorliegenden Material etwa auf 2 Fälle von Synkope ein Fall von primärem Stillstand der Respiration kommen dürfte.

Ich kann an dieser Stelle einen Passus nicht übergehen, der sich in dem Handbuche der speciellen Chirurgie von König findet.

König [6]) sagt, nachdem er auseinandergesetzt, wie in vielen Fällen eine Chloroformasphyxie dadurch zu Stande komme, dass die Zunge mit ihrer Basis gegen die Halswirbelsäule und den Kehlkopf zurücksinkt: «Ich bin fest überzeugt, dass 99 % aller bei unverfälschtem Chloroform zu Stande kommenden Todesfälle auf diesem Wege (dem obengenannten) entstehen». «Der Rest», fügt er in einer Anmerkung hinzu, «kommt auf primären Herztod durch zu reichlich ohne genügende Beimischung von athmosphärischer Luft geathmetes oder zumeist unreines Chloroform».

Diese subjective Meinung König's steht in grellem Contrast mit den vorhin erwähnten Zahlenangaben. So sehr nun auch das Zurücksinken der Zunge in der Narcose die vollste Beachtung [7]) verdient, wie dieses bereits eine Anzahl an-

[1]) Linhart, Compendium der chirurgischen Operationslehre 1862.

[2]) Ueber Wiederbelebung nach Vergiftungen und Asphyxie, Arch. f. experim. Path. und Pharmacologie p. 84.

[3]) Citirt in Kappeler's Anästhetica, Deutsche Chirurgie Bd. 20 p. 106.

[4]) Wilhelm Koch, Ueber das Chloroform und seine Anwendung in der Chirurgie, Volkmann'sche Sammlung klin. Vortr. № 80.

[5]) Kappeler l. c. p. 80.

[6]) König, Jahrbuch der speciellen Chirurgie Bd. I p. 623.

[7]) Das Hervorziehen der Zunge hat mir in dem einzigen Fall, wo ich bereits eine Todte durch Chloroformwirkung vor mir zu haben glaubte, ebenfalls einen grossen Dienst geleistet. Sofort nach dem Hervorziehen der Zunge kam die Patientin, die 7-jährige, durch mehrjähriges Krankenlager höchst erschöpfte, E. L. wieder zu sich.

derer Chirurgen wiederholt und genugsam betont haben, so sind doch Todesfälle bekannt, wo der Tod bei gut vorgezogener Zunge und freien Respirationswegen eingetreten ist. Ferner ist in einer Reihe von Chloroformtodesfällen das Chloroform rein gewesen oder vorher ohne üble Erscheinungen an anderen Kranken angewandt worden.

So bliebe nur noch der Tod durch zu concentrirte Chloroformdämpfe übrig. Die Wichtigkeit dieses Punctes ist ja schon lange und allgemein anerkannt, aber es finden sich genug Fälle, wo derselbe, ebenso wie die anderen von König aufgeführten, nicht in Betracht kam und der Tod dennoch eingetreten ist.

In jenen Worten König's ist ausserdem, sicherlich ohne übelwollende Absicht, ein schwerer Vorwurf gegen die Aerzte enthalten, unter deren Händen ein Patient an Chloroform stirbt. Denn sie sagen ja nichts anderes, als dass unter 100 Fällen, die über Chloroformtod berichten, mehr als *99 Mal* die Aerzte die Schuld daran tragen. Die Zunge hervorzuziehen ist doch nicht so schwer, dass die Aerzte so oft sich damit entschuldigen könnten, sie wären nicht im Stande gewesen, dies zu Stande zu bringen.

Es muss dem gegenüber hervorgehoben werden, dass es sonst allgemein als ausgemacht gilt, dass bei dem jetzigen Stande unseres Wissens auch der erfahrenste und umsichtigste Arzt ohne seine Schuld ein Unglück mit Chloroform erleben kann, trotz der schärfsten Aufmerksamkeit auf jenen Zungenmechanismus, trotz reinen Chloroforms und trotzdem er genügend dem Chloroform sich Luft beimischen liess.

Es bleiben die meisten Chloroformtodesfälle in ihren Ursachen trotz aller chemischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen einstweilen in undurchdringliches Dunkel gehüllt [8]).

Um eine Einsicht in das Zustandekommen dieser Unglücksfälle zu gewinnen, ist es sicherer, sich zunächst lieber an das factisch vorliegende, wenn auch in mancher Hinsicht mangelhafte Material, zu halten.

Ich komme auf die Auffassung König's noch später einmal zurück, wo ich von der bekannten Scheu der Aerzte sprechen werde, ihre Chloroformunglücksfälle zu veröffentlichen. Ich halte seine obigen Worte, die so sehr geeignet sind, eine falsche Auffassung über unsere Frage zu veranlassen, für besonders folgenschwer, weil sie in einem so klassischen Lehrbuch stehen, dass für Viele ein hochschätzbarer Rathgeber ist.

Wir haben oben gesehen, dass beim Menschen, im Gegensatz zum Thier, das Herz bei der Narcose von Seiten des Arztes eine besondere Aufmerksamkeit verdient.

Die Methoden, welche sich auf das Wiederbeleben von Chloroformscheintodten beziehen, müssten also auch dieses Verhalten des Menschenherzens im Auge behalten. Nicht immer ist dieses der Fall.

So hat sich zur Bekämpfung des Chloroformanfalles ein Mittel derartig eingebürgert, dass es die allgemeinste Anerkennnng geniesst und es dem Arzt fast als eine gewisse Mangelhaftigkeit angerechnet wird, wenn er dasselbe im gegebenen Fall nicht angewandt hat. Es ist dieses die Elektricität zum Zweck der künstlichen Respiration.

Bevor wir in einer so gefährlichen Situation, wie der Chloroformtod es ist, ein so differentes Mittel anwenden, müssen wir uns klar darüber sein, worin seine Vorzüge bestehen und welche Wirkung es auf den menschlichen Körper unter diesen Umständen hat.

Angewendet ist der faradische Strom auf Grund von Thierexperimenten und angeblich günstigen Erfolgen bei anderen Asphyxien.

Dass dieses Verfahren bei Thieren, die man zu seiner Anwendung extra chloroformirt, gute Resultate geben musste, ist ja leicht verständlich, denn wie wir sahen, wird bei diesen die Gefahr der Chloroformnarcose von dem Stocken der Athmung eingeleitet und beherrscht, während das Herz noch längere Zeit weiter schlägt, was aber die Elektricität als künstliches Respirationsmittel beim Menschen für einen Werth hat, liegt durchaus nicht so auf der Hand, dass die Frage keiner näheren Untersuchung bedürfte.

Wäre die elektrische Reizung der Phrenici sogar die beste Methode, die künstliche Respiration zu unterhalten, d. h. wenn sie selbst die beste Lungenventilation ermöglicht, so wäre dabei dem Menschen in der Chloroformsynkope nichts genützt. Böhm's [9]) dankenswerthe Versuche berechtigen ihn zu folgendem Ausspruch:

«Die künstliche Respiration (in Form von Lufteinblasungen durch die Trachea) ist nur in denjenigen Fällen allein ausreichend, das Leben wiederherzustellen, wo das Herz im Beginn der Lufteinblasungen noch nicht völlig zum Stillstand gekommen ist. Nach eingetretenem Circulationsstillstand muss zu der künstlichen Athmung nothwendig noch die Thoraxcompression hinzutreten; es wäre ja wohl auch in der That schwer verständlich, wenn die künstliche Athmung bei völlig ruhendem Kreislauf irgend welchen Effect äusserte» [10]).

Ebenso machte Steiner [11]) eine ähnliche Bemerkung: Bei einem bis zum Herzstillstande chloroformirten Pferde ging die Respiration noch mindestens 6 Minuten tief und rhythmisch vor sich. «Wir sehen, sagt Steiner, aus diesem Experiment, dass die Respiration als solche auf die Erregung des Herzens einflusslos ist». Steiner nimmt dagegen an anderer Stelle (l. c.) an, dass der faradische Strom auch zur vortheilhaften Anregung des Herzens dienen könne:

«Ja, ich bin für mein Theil (s. Exp. 38 und 41) überzeugt, dass in den seltenen Fällen, wo an Thieren bei schon stillstehendem Herzen durch die mittelst Elektricität eingeleitete künstliche Athmung, wobei vielleicht eine Elektrode in der Gegend der Phrenici angelegt war, schliesslich Erfolg erzielt worden, dieses immer nur Stromschleifen zu verdanken war, die hierbei zufällig an den Sympathicus oder das pericardiale Zellgewebe abgingen und so das Herz miterregten. Es gilt dasselbe für die Einleitung des Stromes in das pericardiale Zellgewebe».

Mag das nun eingetreten sein oder nicht, jedenfalls scheint Steiner über den Faradismus des Herzens zu günstig gedacht zu haben, denn seine diesbezüglichen Ansichten sind gegenwärtig als stark erschüttert oder vielmehr als widerlegt anzusehen. Wir wissen vielmehr aus den Versuchen von Sigmund Mayer, dass sowohl der faradische, als galvanische Strom für das Thierherz ein eminent verderbliches Gift ist und unsere Frage liegt demnach so: Wirkt der Faradismus bei der durch ihn ins Werk gesetzten künstlichen Respiration nicht auf das Herz ein, so haben wir bei der Mehrzahl der Fälle jene traurigen Verhältnisse von Athmung bei vollständig ruhendem Blutkreislauf, wirkt er aber auf dasselbe ein, so that er es nur in der schädlichsten Weise [12]).

(Fortsetzung folgt.)

[8]) Manche derartige Todesfälle mag garnicht das Chloroform verschuldet haben. Auch vor Einführung des Chloroforms und bei seiner Abwesenheit ist eine ganze Reihe von Fällen bekannt geworden, wo der Tod urplötzlich nach einem einfachen Hautschnitt, nach einem Nadelstich, nach schmerzlosem Katheterisiren, nach dem Vorzeichnen des künftigen Schnittes mit dem Daumennagel, ja sogar dem Vorhalten eines leeren Taschentuches zum Schein u. s. w. u. s. w. vorgekommen ist. Vergl. Nussbaum, Chloroform, Pitha-Billroth.

[9]) l. c.

[10]) An anderer Stelle (l. c.) empfiehlt zwar auch Böhm unter Anderem die elektrische Reizung des Herzens «als etwas durchaus Nothwendiges». Die Nothwendigkeit der elektrischen Reizung kann aber wohl keine sehr dringende sein, da ihrer in der Abhandlung, in welcher Böhm seine Resultate zusammenfasst, mit keinem Wort gedacht wird. Er spricht ausschliesslich nur von der mechanischen Reizung.

[11]) Archiv für klinische Chirurgie von v. Langenbeck, Bd. XII Heft 3 p. 741.

[12]) Steiner hat auf Grund seiner Experimente, von denen etwa $^1/_3$ Erfolg, $^2/_3$ dagegen negatives Resultat hatten, trotzdem die directe elektrische Reizung des Herzens mittelst eingestossener Nadeln empfohlen. Man hat sich eben zu Zeiten die Sache zu einfach vorgestellt. Das Herz mit seinen höchst complicirten Nervencentren kann man nicht so einfach mit einem Reiz beherrschen, wie etwa einen Wadenmuskel.

Die Tuberculose als Infectionskrankheit.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga d. 21. März 1884.

Von Dr. Krannhals (Riga).

(Fortsetzung).

In Bezug auf das Vorkommen der Bacillen untersuchte Koch ein grosses Material thierischer und menschlicher Tuberculose: 11 Fälle menschlicher Miliartuberculose, 12 Fälle von käsiger Bronchitis und Pneumonie, 1 Fall von solitärem haselnussgrossem Tuberkel des Gehirns, 2 Fälle von Darmtuberculose, 3 Fälle von frisch exstirpirten tuberculösen Drüsen, 4 Fälle von fungöser Gelenkentzündung, 10 Fälle von Perlsucht, eine verkäste Halslymphdrüse vom Schwein, die Organe eines an Tuberculose verstorbenen Huhnes, die Lungen, Milz, Leber und verkästen Lymphdrüsen von 3 spontan an Tuberculose verstorbenen Affen, 9 spontan tuberculös erkrankte Meerschweinchen, 7 spontan erkrankte Kaninchen, endlich 172 Meerschweinchen, 32 Kaninchen und 5 Katzen, die auf experimentellem Wege tuberculös inficirt worden waren. Das Resultat war, dass der Forscher ausser in einem der 3 Fälle von verkästen scrophulösen Drüsen und ausser in 2 Fällen von den 4 fungösen Gelenkentzündungen in sämmtlichen genannten tuberculösen Producten die Bacillen nachweisen konnte, und zwar fanden sich diese um so zahlreicher je frischer noch der Process, um so spärlicher je weiter die Verkäsung schon vorgeschritten war.

Der Beweis, dass diese constanten Begleiter der verschiedenartigsten tuberculösen Processe auch thatsächlich die Ursache derselben seien, konnte erst dadurch erbracht werden, dass man sie, aus den thierischen resp. menschlichen Organen isolirt, durch fortgesetzte Reincultur von allen zufälligen Beimengungen befreite und dann mit dem absolut reinen, nur aus den Stäbchen bestehenden Material, dieselben Impfresultate erzielte wie sie nach Inoculation nicht weiter bearbeiteten ursprünglichen tuberculösen Materials in so grosser Zahl bereits von den früheren Untersuchern erzielt worden waren. *Und in der Erbringung dieses Beweises liegt der Schwerpunct der Koch'schen Untersuchungen.*

Koch benutzte zu seinen Culturen sterilisirtes Rinderblutserum, das durch ein bestimmtes Verfahren in eine gallertartige Consistenz übergeführt worden war. Auf die Oberfläche dieser Gallerte wurden unter peinlichster Beobachtung aller hier in Betracht kommender Cautelen (Ausglühen der Instrumente etc.) kleine Theilchen menschlichen und thierischen tuberculösen Materials gebracht und die Culturgläser bei einer Temperatur von 37—38° C. stehen gelassen. In der 2. Woche nach der Aussaat zeigten sich dem bewaffneten Auge die ersten Spuren des Wachsthums in Form kleiner Pünctchen und Schüppchen von trockener Beschaffenheit. Auf dem Deckglase ausgebreitet und nach dem gleich zu erwähnenden Verfahren gefärbt erwiesen sich diese Schüppchen als lediglich aus denselben Bacillen bestehend, die in den tuberculösen Producten constant nachgewiesen worden waren. Die Umzüchtungen wurden in jeder Culturreihe vielemal vorgenommen um dem Einwand zu begegnen, dass nicht die Bacillen sondern ein anderes mit ihnen aus dem Organismus gleichzeitig auf die Culturen übertragenes Gift die Infection veranlasste. Verimpft brachten nun diese Organismen exquisite, schnell verlaufende Miliartuberculose zu Wege, während die ungeimpft bleibenden Controlthiere sich bei der Section als völlig intact erwiesen. Das Impfmaterial, die Impfstellen wurden verschieden gewählt — das Resultat blieb das gleiche bei allen Modificationen des Versuches.

Im Ganzen hat Koch ca. 200 Versuche mit Impfung tuberculöser Massen, 217 Versuche mit Infection durch Reinculturen angestellt.

Die positiven Impfresultate, welche Klebs, Schüller, Toussaint u. A. nach Verimpfung der von ihnen gezüchteten Substanzen erhalten hatten, sind am ungezwungensten wohl so zu deuten, dass *neben* den Mikrokokken, kurzen sehr beweglichen Stäbchen etc., welche diese Forscher gefunden hatten, auch der echte richtige Tuberkelbacillus gezüchtet und verimpft worden war, der ihnen allerdings in den mikroskopischen Präparaten entgangen war da er ohne besondere Färbungsproceduren eben nicht sichtbar ist. Ob sich unter einem Theil der beschriebenen «Mikrokokken» nicht auch *Sporen* von Tuberkelbacillen präsentirten, ist auch jetzt noch unentschieden, aber nicht unmöglich. *Zwei* pathogene Mikroparasiten, Stäbchen und Kokken als die Erzeuger *ein und derselben* Infectionskrankheit anzunehmen ist eben nicht gut möglich.

Die Bedeutung der Koch'schen Entdeckungen war in erster Reihe eine wissenschaftliche, sie gewann aber durch die nunmehr vorhandene Möglichkeit des anatomischen Nachweises der specifischen Tuberkelorganismen sofort eine eminent praktische, speciell diagnostische Wichtigkeit. Diese Möglichkeit war durch die Anwendung der schon angedeuteten Färbungsmethoden gegeben.

Das ursprüngliche Koch'sche Verfahren hat gegenwärtig eigentlich nur noch historisches Interesse, es ist für den Praktiker schnell durch andere bequemere und sicherere Methoden und Modificationen ersetzt worden.

Wie auch sonst bei Anfertigung von Trockenpräparaten werden bei Untersuchung von Flüssigkeiten diese in möglichst dünner Schicht auf dem Deckgläschen ausgebreitet, was beim Sputum am besten dadurch bewerkstelligt wird, dass man ein kleines Partikelchen desselben leicht zwischen zwei Deckplättchen presst und diese dann schnell auseinander zieht. Die dünne Substanzschicht muss auf dem Gläschen eintrocknen, was durch leichtes Erwärmen über der Gas- oder Spiritusflamme beschleunigt wird. Zur Anfertigung von Schnittpräparaten müssen die betr. Organtheile in Alkohol gehärtet werden, ein Trocknen der Schnitte ist selbstverständlich nicht nöthig (soll geschehen sein!). Die Präparate gelangen nun in die Farbstofflösung — die Deckgläschen, mit der das Sputum etc. führenden Fläche nach abwärts, schwimmend. Koch benutzte zur Färbung eine Mischung von 200 Ccm. Aq. destillat., 1 Ccm. concentrirter alkoholischer Methylenblaulösung, der unter wiederholtem Schütteln 0,2 Ccm. einer 10% Kalilauge hinzugefügt wurden. In dieser Lösung blieben die Deckgläschen resp. Schnitte 20—24 Stunden liegen; (durch Erwärmen der Farbstofflösung konnte diese Zeit auf $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde abgekürzt werden). Die Versuchsobjecte wurden hierauf mit einer concentrirten wässerigen Lösung von Bismarck-Braun (Vesuvin) übergossen, nach 1—2 Minuten mit Wasser abgespült, die Deckgläschen zwischen Fliesspapier oder über der Gasflamme getrocknet und in Canadabalsam (oder Nelkenöl) angesehen. Unter dem Mikroskop erscheinen nun die Tuberkelbacillen schön blau, alles Uebrige braun — nur die ersteren haben die Methylblaufärbung gehalten, in allen übrigen Theilen hat das braune Vesuvin sich an deren Stelle gesetzt. Nur noch die Leprabacillen geben von allen bis jetzt untersuchten Bacterien diese Farbenreaction, sie unterscheiden sich aber von den Tuberkelbacillen schon durch ihre Schlankheit und ihre zugespitzten Enden sowie dadurch, dass sie bei dem Weigert'schen Kernfärbungsverfahren den Farbstoff annehmen, was die Tuberkelbacillen nicht thun.

Bald nach dem Bekanntwerden der Koch'schen Untersuchungen gab Ehrlich [1]) ein modificirtes Färbungsverfahren an, welches jetzt wohl das in der Praxis am meisten angewandte ist. Mit Anilinöl gesättigtes Wasser, dass man sich durch Schütteln von Aq. destillat. mit einer entsprechenden Quantität Anilinöl und nachheriges Filtriren der Mischung rein darstellt, wird tropfenweise mit concentrirter alkoholischer Fuchsin- oder Methylviolettlösung bis zur starken Opalescenz versetzt und zur Färbung benutzt. Die Objecte verbleiben $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde in der Lösung werden dann zur Entfernung des überschüssigen Farbstoffes in Wasser abgespült und durch Einlegen in Salpetersäure (1 : 2) vollkommen entfärbt (*zu langes* Liegenlassen in der Säure ist zu vermeiden). Abermals gründlich abgespült gelangen sie erst jetzt zur Färbung des Untergrundes in die wässerige Vesuvinlösung, welche bei diesem Verfahren ohne vorherige Anwendung der Säure nach Ehrlich nur sehr langsam eindringt. In einer Stunde ist die ganze Procedur bequem bewerkstelligt.

Das Ehrlich'sche Verfahren hat in der Folge von mehreren Untersuchern kleine Modificationen erfahren. So benutzt Rindfleisch [2]) zur Färbung Anilinwasser, dem in einem Uhrschälchen gewöhnlicher Grösse 5 Tropfen einer 1% alkoholischen Fuchsin-Rubeïnlösung hinzugefügt werden; das Uhrschälchen wird, nachdem das Deckgläschen mit der Sputum führenden Fläche nach unten auf die Lösung gelegt, über der Spiritusflamme erwärmt bis Dämpfe aufsteigen, dann noch mindestens eine Minute stehen gelassen, das Präparat hierauf in der Salpetersäure hin und her bewegt bis noch ein röthlicher Schimmer vorhanden ist und dann wie gewöhnlich behandelt.

Weigert [3]) benutzt (auch zur Schnittfärbung) eine 2% wässerige filtrirte Gentianaviolettlösung, welcher ein halbes Procent Liq. Ammon. caust. zugefügt ist. Man färbt am besten in der Brutwärme (20—30 Minuten) oder auch (längere Zeit) bei Zimmertemperatur und behandelt nach Koch-Ehrlich weiter. (Der Ammoniakzusatz ist übrigens schon von Koch in seinem Vortrage erwähnt worden).

In neuester Zeit hat man mit Erfolg den Versuch gemacht, das Verfahren noch mehr abzukürzen (Fränkel [4]), Gibbes). So gebraucht Fränkel, um die Entfärbung und die abermalige Färbung mit der Grundfarbe in *einem* Acte vorzunehmen eine Mischung von 50 Alcohol, 30 Wasser und 20 Salpetersäure, welcher soviel von dem betreffenden Farbstoffe hinzugefügt wird als sich löst. Die Mischung wird geschüttelt, filtrirt und das Deckgläschen aus der ersten Farbstofflösung in die zweite gethan.

Obgleich alle Anilinfarben mit Ausnahme des Bismarck-Braun für die Färbung der Tuberkelbacillen verwandt werden können, so sind doch unzweifelhaft die besten das Methylviolett und das Fuchsin, wie das neuerdings noch von Fränkel (l. c.), der etwa 20 Anilinfarben durchprobirte, betont worden ist.

Man untersucht am besten mit Oel-Immersion und Abbé'schem Beleuchtungsapparat, kommt jedoch auch schon mit einem guten, starken Trockensystem und hellem Tages- oder Lampenlicht vorzüglich aus.

Das eigenthümliche Verhalten der Tuberkelbacillen den Anilinfarbstoffen gegenüber besteht offenbar darin, dass sie den zuerst auf sie einwirkenden Farbstoff ganz besonders fest halten, welches Vermögen durch die genannten Zusätze verstärkt wird. Ehrlich (l. c.) stellte die Theorie auf, die Bacillen seien mit einer Hülle umgeben, welche nur unter dem Einflusse von Alkalien für basische

---

[1]) Sitzung des Vereins für innere Med. zu Berlin den 1. Mai 1882. (Deutsche med. Wochenschr. 1882 p. 209).

[2]) Schill, Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 2.

[3]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 24.

[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1884 № 11.

Anilinfarbstoffe durchgängig sei, bei Einwirkung von Säuren aber ganz undurchgängig werde — praktische Consequenz: Anwendung alkalischer Desinfectionsmittel. Diese Theorie wurde durh Ziehl widerlegt, indem er fand, dass sich bei der Ehrlich'schen[1]) Methode auch *sauer* reagirendes Anilinöl benutzen lasse und, dass dieses sich sogar durch gegen Lakumspapier neutral, gegen Phenolphthaleïn wie eine Säure verhaltende Carbolsäure ersetzen lasse, das Wirksame sei also ein, sowol in gewissen Präparaten des Anilinöls (nicht alle seien wirksam) als auch in der Carbolsäure enthaltener, unbekannter Stoff. Das Anilinöl ist übrigens späterhin mit Erfolg durch Resorcin, Pyrogallussäure (Rindfleisch) und Toluidin (Fränkel) ersetzt worden. Ferner wies Ziehl[2]) nach, dass die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbacillen gegen die entfärbende Eigenschaft der Salpetersäure keine absolute sei und nur in der Zeit, die dazu nöthig sei, die Differenz zwischen ihnen und anderen Spaltpilzen liege. Es ist daher ein zu langes Liegenlassen in der Säure zu vermeiden. Durch salpetrige Säure werden auch die Tuberkelbacillen momentan entfärbt.

Dies die wichtigsten Färbemethoden. Ich habe wegen ihres praktischen Interesses eingehender über sie referirt. Die Baumgarten'sche[3]) Darstellungsweise der Tuberkelbacillen, bei welcher die letzteren farblos auf gefärbtem Grunde erscheinen, hat für die Praxis keine Verwendung gefunden.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1882 № 33.
[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 5 und 17.
[3]) Centralbl. f. d. m. W. 1882 № .

Referate.

A. Tarenezki: Die Stirnhöhlen des Siebbeins und deren Communicationsöffnungen mit den oberen Nasengängen. (Separatabdruck aus dem Wojenno-Medicinski Journal. 1883. August und September).

Nachdem Verf. eine geschichtliche Uebersicht der Ansichten über die Entwickelungsgeschichte der Stirnhöhlen gegeben, wobei die Verschiedenartigkeit und der Widerspruch in den Ansichten der Anatomen constatirt wird, geht er zu seinen eigenen Untersuchungen über, die er an 21 macerirten Embryonenschädeln der letzten Monate, 4 Schädeln der ersten Lebensjahre, an 102 Schädeln Erwachsener und endlich an 40 Schädeln, wo die Weichtheile nicht entfernt waren, gemacht hatte.

Die Eigenartigkeit und der specielle Character der genauen und fleissigen Untersuchungen entzieht sich natürlich in unserer Zeitschrift einer einigermaassen genauen Besprechung. Ref. kann sich nur darauf beschränken, in Kürze anzugeben, was dem Nichtspecialisten von Interesse sein dürfte.

Einen besonderen anthropologischen Werth, der den Höhlen zugeschrieben wurde, kann Verf. nicht anerkennen. Ebenso bleibt die physiologische Bedeutung nicht ganz klar. Die Annahme, dass die Stirnhöhlen Merkmale erhöhter physischer Kraft und stärkeren Respirationsvermögens seien, oder aber Reservoirs für die Feuchterhaltung der Nase darstellten, endlich drittens in Verbindung mit der Geruchsperception zu setzen seien, wäre nicht stichhaltig. Die Ansicht, dass diese Höhlen dazu dienten, das Gewicht der vorderen Schädelhälfte zu veringern, habe wohl noch am meisten für sich, und könnten wir bei Thieren die entsprechende Thatsache beobachten. Verf. selbst macht noch auf einen anderen Umstand aufmerksam. Das Gehirn sei in allen Theilen durch die Dicke der darüberliegenden Schicht genügend gedeckt mit Ausnahme der oberen Wand der Nasenhöhle, durch die fortwährend ein Strom ungenügend erwärmter Luft passire. Hier scheide die Stirnlappen von der Aussenwelt nur eine dünne Knochen- und Schleimhautlage und «hat die Lage der immer mit gleichmässig erwärmter Luft gefüllten Höhlen an diesem Orte vielleicht eine gewisse Bedeutung».

Bezüglich der Erreichung der Stirnhöhlen zu Heilzwecken vermittelst Sonden spricht sich Verf. dahin aus, dass dieses unter gewöhnlichen Bedingungen nicht gut möglich sei, da sogar die Procedur an der Leiche selbst bei im Sagittaldurchmesser durchsägten Schädel, eine unsichere sei.

Für die blutige Eröffnung der Sinus empfiehlt er den Hautschnitt dicht vor dem inneren Augenwinkel in der Richtung nach oben aussen bis zur Mitte des Arcus supercilii zu machen und die Trephine vor der Fossa trochlearis aufzusetzen. Dabei eröffne man in jedem Falle den Sinus, zudem noch an seinen abhängigsten Theilen und am nächsten zur Nasenöffnung der Stirnhöhlen. N.

Dujardin-Beaumetz: Ueber die Behandlung des Alcoholismus mit Strychnin. (Bullet. de thèrap. 1884 № 11).

Giacomini hat vor längerer Zeit bereits auf den Antagonismus zwischen Alcohol und Strychnin hingewiesen. Magnus Huss hat einzelne Symptome des Alcoholismus mit Strychnin behandelt, doch formulirte erst Luton (Bullet. de thérap. 1880 T. 12 p. 241 und Mouvement médical Dec. 1873) diese Behandlung genauer, und gab bei Delirium tremens 2—3 Injectionen von 0,005 Strychnini sulphur., innerlich 0,03 (? Red.) in 24 Stunden oder 0,02 Extr. nuc. vomic. oder 8,0 Tct. nucis vomicae. Luton geht soweit, dass er das Strychnin als ein dem Alcoholismus vorbeugendes Mittel dem Staate anempfiehlt. DB. hat die experimentellen und klinischen Versuche wiederholt, dabei die Wirksamkeit des Strychnins im Delirium tremens constatirt, will es aber nur als Palliativum gegen Trunkenheit und Delirium tremens, aber nicht gegen den Alcoholismus selbst benutzt wissen. Der Strychningebrauch kann vielleicht einen starken Alcoholgebrauch ohne nachfolgenden Rausch gestatten, auch das acute Delirium beseitigen, aber nicht die schweren, durch den Alcoholmissbrauch gesetzten Veränderungen in den inneren Organen verhüten; eine Verwirklichung der Luton'schen Idee würde die Trunksucht nur vermehren. Hz.

Queirolo: Hypodermatische Anwendung des Kairin. (Gaz. degli Ospitali 1884 № 101.)

Lösung von 0,01—0,50 Kairin in einem Glase (?) Wasser. Injection von 0,50 giebt eine Herabsetzung von 1—2,4° während 2—3 Stunden, 1,0 setzte die Temperatur um 2,7—3,3°, einmal um 5° herab. Das Sinken der Körperwärme geschieht rasch, erreicht das Maximum nach 2 Stunden und geht nach 5½ Stunden vorüber. Locale Reizungserscheinungen sollen nicht vorkommen, die Wirkung sicherer sein, als bei Anwendung per os. (Bullet. de thérap. 1884 № 6).

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 13. März 1884.

1. Dr. Hinze zeigt einen Apparat zur Bereitung von Kumyss vor, der vom Mechaniker der Stridter'schen Fabrik, Nikandrow, construirt worden ist und sich seiner Einfachheit wegen als äusserst praktisch in der Privatpraxis erweist. Er besteht aus einem drehbaren Metallcylinder, an welchem sich ein Krahn befindet. Der Kumyss (aus Kuhmilch) wird dem Apparat direct zum Trinken entnommen.

2. Dr. Ucke referirt über Virchow's Vortrag «über Verwendung der städtischen Unreinlichkeiten», den derselbe während der vorigjährigen hygienischen Ausstellung in Berlin gehalten. Daran anknüpfend berichtet U. über seine Besichtigung der Rieselfelder bei Berlin.

3. Dr. Moritz theilt *einen Fall von Meningealtuberculose* mit, der sich besonders durch hartnäckiges Erbrechen ausgezeichnet hat. (Der Fall wird anderweitig ausführlich mitgetheilt werden).

Daran schliesst sich

4. eine *Discussion über unstillbares Erbrechen:*

Dr. Holst theilt aus dem evangelischen Hospital einen Fall mit von hartnäckigem Erbrechen grosser Massen, das längere Zeit nach dem Essen eintrat. Fieber war nicht vorhanden, auch sonst keinerlei Erscheinungen die das Erbrechen erklären konnten. Alle Mittel blieben wirkungslos und Patientin ging zu Grunde. Bei der *Section* fand man eine Zerrung des Duodenum, welches durch alte peritonitische Stränge etwas abgeknickt und bedeutend erweitert war, sodass sein Umfang grösser, wie der des Magens war.

Dr. Moritz hat vor c. 5 Jahren einen Fall von hartnäckigem Erbrechen gesehen, der nach 2—3 Monaten ebenfalls tödtlich endete. Die *Section* ergab keinen Grund für das Erbrechen.

Dr. Severin: Bei einem Knaben, der an einer fungösen Fussgelenkentzündung litt, trat unstillbares Erbrechen auf. Ausser einer kleinen Infiltration an einer Lunge keinerlei Erscheinungen weiter. Die *Section* aber zeigte, dass der rechte N. vagus in ein Packet der vergrösserten Bronchialdrüsen eingeschlossen war.

Dr. Boerling: Ein blühendes Mädchen von 16—17 Jahren erkrankte an unstillbarem Erbrechen und ging schliesslich an Inanition zu Grunde. Heftige Schmerzen im Epigastrium liessen sich nur durch Morphiuminjectionen bekämpfen. Die von Dr. J. Erichsen vorgenommene Section ergab keinerlei positiven Befund.

Dr. Kernig hat 2 ähnliche Fälle beobachtet:

1) ein junges Mädchen von ca. 20 Jahren litt 2—3 Monate an beständigem Erbrechen und war ganz heruntergekommen, schliesslich gelang es aber doch das Erbrechen zum Stillstand zu bringen, worauf sie sich wieder vollkommen erholt hat;

2) ein junges Mädchen von ca. 17—18 Jahren litt ebenfalls wochenlang an Erbrechen, ist jedoch auch am Leben geblieben. Diese Pat. war vielleicht hereditär syphilitisch, denn sie litt jahrelang an Unterschenkelgeschwüren und die Tibien waren leicht aufgetrieben.

Die *Therapie* bestand in gründlicher Anästhesirung, die in beiden Fällen gewirkt hat und Zwangsfütterung. Als Anästhetica wurden subcutane Morphiuminjectionen und Opiumclystiere benutzt. Wenn auch während des Essens Erbrechen eintrat, so wurde die Fütterung doch fortgesetzt, um die beim unstillbaren Erbrechen eintretende habituelle Verkleinerung des Magens hintanzuhalten. Milch wurde theelöffelweise ¼stündlich verabreicht und als das Erbrechen seltener wurde, ein Teller Suppe und unmittelbar darauf ein Opiumclystier. — Die Aetiologie beider Fälle ist unklar.

Dr. Lindes findet es auffallend, dass es sich in allen mitgetheilten Fällen um das weibliche Geschlecht handele und meint, dieses weise auf sexuelle Ursachen hin. Vielleicht liege eine Analogie mit dem unstillbaren Erbrechen Schwangerer vor.

Dr. Kernig erwähnt noch eines 3. Falles, wo Chlorose vorlag, bei der sich bedeutende Neigung zu Erbrechen vorfand, welches bei der geringsten Ursache auftrat.

Dr. v. Grünewaldt: Unstillbares Erbrechen bei Schwangerschaft ist nicht häufig und hat die Erklärung desselben ebenfalls seine grossen Schwierigkeiten. Gewöhnlich nimmt man als Ursache Reizung des Endometriums und reflectorische Reize in Folge des Ausdehnens der Uterinwandungen an. Beides findet aber während der ganzen Gravidität statt, während doch gerade in der ersten Zeit der Schwangerschaft Erbrechen am häufigsten vorkommt. Jedenfalls spielt dabei Nervenreizung eine Rolle. Chloral gab. Gr. dabei relativ die besten Resultate.

Dr. Ucke meint, wenn der Uterus so gross wird, dass er einen Druck auszuüben anfängt, hören die Reizerscheinungen, wie Erbrechen etc. auf und erinnert daran, dass man auch gegen Seekrankheit das Tragen eines Gürtels empfohlen habe.

5) Dr. Tiling macht eine vorläufige Mittheilung über die Anwendung einer Naht zum Verschluss von Höhlenwunden. Dieselbe ist von Hildebrandt zur Colpo-Perinäorhaphie vorgeschlagen und ausschliesslich bei derselben geübt worden. Tiling hat sie jedoch auch für andere Körperregionen verwendbar gefunden. Sie besteht darin, dass sie den Wundboden umgreift d. h. die Nadel wird von der einen Seite der Wunde eingestochen, unter dem Wundboden durchgeführt und zur anderen Seite der Wunde herausgestochen. Auf diese Weise wird eine genaue Adaption der Wundflächen und Vermeidung todter Räume erzielt, sodass man wohl dabei meist ohne Drain auskommen kann. Bisher hat T. diese Naht, die er *umfassende oder umgreifende Naht* nennen möchte, in 4 Fällen angewandt und zwar mit folgendem Erfolg:

1) bei einer Ellbogenresection mit weiten Ulcerationen, die nach 14 Tagen absolut verheilt war;

2) bei einer Mammaexstirpation. Unter 1 Verband ohne Drain in 8 Tagen fast verheilt.

3) und 4) 2 Herniotomien, die bei einem Weibe in 6, bei einem Mann in 4 Tagen per primam verheilten.

Dr. Dombrowski erinnert an die Heppner'sche Naht, die D. bei einer Colpo-Perinäorhaphie mit gutem Erfolge angelegt; in 13 Tagen Heilung. Dieselbe würde sich vielleicht auch für andere Körperregionen eigenen.

Dr. Anders meint, die von Tiling vorgeschlagene Naht könne bezüglich der Resection nur beim Humerus- und Ellbogen-Gelenk in Betracht kommen und auch da mit Einschränkungen. Ihm habe der Druckverband so gute Dienste geleistet, dass die proponirte Naht nicht nöthig gewesen wäre.

Dr. Tiling entgegnet, dass er auch garnicht gemeint habe, dass die Naht bei allen Resectionen zu verwenden sei. Wenn man aber nach einer Ellbogengelenkresection nicht in erwähnter Weise näht, sondern ein Drain einlegt, wird man nicht in 14 Tagen Heilung bewirken können.

6. Dr. Maassmann theilt folgenden Fall zur Illustration einer Frage mit, die abgethan zu sein schien:

Er wurde kürzlich zu einer Frau gerufen, die im letzten Schwangerschaftsmonate seit 8 Tagen an starkem Oedem der unteren Extremitäten und Ascites litt. Plötzlich war schwere Dyspnoe aufgetreten, Ohnmacht und kalter Schweiss, sodass Dr. Höppener bereits Moschus verabreicht hatte. M. fand einen colossalen Hängebauch. die unteren Extremitäten balkendick geschwollen, dabei keinerlei Geburtsthätigkeit. Die äusseren Genitalien so stark angeschwollen, dass die Untersuchung äusserst schwierig. Der Muttermund war nicht zu erreichen. Man konnte nur constatiren, dass die Vaginalportion noch existirte und in dem stark antevertirten Uterus der hochstehende Kopf vorlag. M. gab als symptomatisches Mittel subcutan 2 Ctgrm. Pilocarpinum muriat. (in 2%iger Lösung). Es trat nach 5 Minuten ergiebige Salivation auf, jedoch keine Wehen. 2½ Stunden darauf aber erfolgte die Geburt des Kindes.

Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Dem Oberarzt des Kronstädt'schen Marinehospitals und Chef des Medicinalwesens des Kronstädter Hafens, wirkl. Staatsrath Dr. Merzalow ist der St. Annen-Orden I. Classe verliehen worden.

— *Verstorben*: 1) In Nowotscherkask der dortige Landschaftsarzt Artinski an Diphtherie. 2) In Wien der älteste Primararzt des allgemeinen Krankenhauses Dr. Kolisko im 73. Lebensjahre.

— Vor Kurzem verstarb in Wien der berühmte Augenarzt Prof. Eduard v. Jäger im Alter von 66 Jahren. J. war in Wien geboren und erhielt auch dort seine medicinische Ausbildung in der Josephs-Academie, an welcher er i. J. 1844 zum Doctor der Medicin promovirt wurde. Anfangs diente Jäger als Militärarzt, gab jedoch schon im Jahre 1848 diesen Dienst auf, um eine Gewehrfabrik zu gründen, in welcher er seine Erfindung, ein Hinterladergewehr, praktiseh verwerthen wollte. Es gelang ihm auch, seine Erfindung an die englische Regierung zu verkaufen. Als jedoch über Wien der Belagerungszustand verhängt wurde, wurde ihm sein gesammter Vorrath an Gewehren confiscirt, ohne dass er je einen Ersatz dafür erlangen konnte.

Im J. 1853 habilitirte sich J. als Privatdocent für Augenheilkunde an der Wiener Universität und wurde i. J. 1857 zum ausserordentlichen Professor und Primararzt einer Abtheilung für Augenkranke im allgemeinen Krankenhause ernannt. Ordentlicher Professor wurde er erst im vorigen Jahre. Der Verstorbene war nicht nur einer der ersten Augenoperateure der Welt, auch an dem Aufbau der ophthalmologischen Wissenschaft hat er wesentlichen Antheil genommen. Unter seinen zahlreichen wissenschaftlichen Publicationen sind es besonders seine Schriften: «Ueber Staar und Staaroperationen» (1854), sowie die «Beiträge zur Pathologie des Auges» mit dem ophthalmoskopischen Handatlas (1869), welche seinen grossen wissenschaftlichen Ruf begründeten. Jäger's Schriftscalen sind in der ganzen Welt verbreitet und in fast allen modernen Sprachen erschienen.

— Die Wittwe Pirogow's hat der Kaiserlichen öffentlichen Bibliothek ein Exemplar des chirurgisch-anatomischen Atlas ihres Mannes geschenkt, welches die eigenhändigen Correcturen und Zusätze P.'s enthält.

— Zu der *Säcularfeier des allgemeinen Krankenhauses* in Wien, welche in diesem Jahre stattfindet, wird eine von dem Wiener Arzte Dr. Lederer gestiftete lebensgrosse Statue Kaiser Joseph's II. in einem der Höfe des Hospitals aufgestellt werden.

— In München begeht am 1. August. n. St. Prof. Dr. Seitz, Vorstand der dortigen medicinischen Poliklinik, sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— In Prag ist Prof. Pribram, Director der II. medicinischen Klinik, gestorben.

— Zum Professor der Psychiatrie an der Universität Würzburg ist der Director der Irrenanstalt zu Deggendorf Dr. Grashey ernannt worden.

— An Prof. Aeby's Stelle, welcher die Berufung nach Prag angenommen hat, soll Prof. Strasser aus Freiburg für den Lehrstuhl der Anatomie in Bern in Aussicht genommen sein.

— Der bekannte Quacksalber Iwanow, welcher längere Zeit mit den von ihm erfundenen Salben straflos sein Wesen trieb, welche sogar auf der letzten Moskauer Ausstellung zugelassen wurden, ist jetzt in Moskau zur Gefängnisstrafe von drei Monaten verurtheilt worden. Wie verlautet, haben ihm zwei Medicinalverwaltungen (die Orel'sche und die Ssaratow'sche), die Genehmigung zum Verkauf seiner Salben ertheilt.

— Die Berliner-Universität erhält in nächster Zeit eine *Klinik für Zahn- und Mundkrankheiten*. Director derselben soll Prf. Dr. Busch, sein Assistent Dr. Klingelhöfer (der frühere langjährige Assistent des Prf. Albrecht), und technischer Leiter Zahnarzt Sauer werden.

— Bei dem Präsidium des *internationalen Congresses*, welcher bekanntlich im August d. J. in *Kopenhagen* stattfinden soll, ist von dem Delegirten der österreichischen Regierung, Prof. Dr. Schnitzler, sowie auch von anderer Seite die *Vertagung des Congresses* auf das nächste Jahr mit Rücksicht auf die Cholera beantragt worden. Die Gründe für diese Vertagung sind durchaus stichhaltig. Einmal kann eine grosse Zahl französischer Aerzte, welche ihre Betheiligung am Congresse zugesagt haben, ihre Heimath, wo die Cholera bereits eingezogen, nicht gut verlassen, dann würde auch die Bevölkerung von Dänemark die aus den durchseuchten Gegenden kommenden Gäste wohl kaum mit offenen Armen empfangen und gezwungen sein Quarantaine-Maassregeln gegen sie in Anwendung zu bringen. Aber auch in den Gegenden, in welchen die Seuche bisher noch nicht herrscht, dürften die Aerzte Bedenken hegen, eine weitere Reise zu unternehmen, wo vielleicht jeden Augenblick ihre Hülfe zu Hause nöthig sein könnte. Es ist daher anzunehmen, dass diese Erwägungen das Executiv-Comité bestimmen werden, den Congress aufzuschieben.

— Dr. Koch ist aus Frankreich über Bern, wohin er einer Einladung des Schweizer Bundesraths zur Berathung betreffs der gegen die Cholera zu ergreifenden Maassregeln gefolgt war, nach Berlin bereits zurückgekehrt. In Marseille, Toulon und Lyon demonstrirte er den dortigen Aerzten und Studenten auf deren Wunsch den Cholerabacillus, an welche Demonstrationen sich längere Discussionen über Wesen, Prophylaxe und Behandlung der Cholera knüpften. Die oft sich widersprechenden, mitunter sonderbaren Nachrichten über die Thätigkeit Koch's in Toulon und Marseille beruhen nicht auf Wahrheit, ebenso wie ein grosser Theil der in französischen und englischen Zeitungen enthaltenen Mittheilungen über die von ihm in Frankreich gemachten Aeusserungen über die Cholera etc., Berliner Blättern zufolge, wie vorauszusehen war, unrichtig und entstellt wiedergegeben ist.

— Die *Cholera* herrscht in Toulon und Marseille in ungeschwächter Weise fort, ist bis jetzt aber, — wenn man die vereinzelten Fälle, welche in Aix, Lyon, Nimes, Grenoble durch Verschleppung vorgekommen sind, abrechnet — auf diese beiden Hafenstädte beschränkt geblieben. Sie scheint nach ihrem bisherigen Verhalten zu urtheilen, in diesem Jahre keine epidemische Wanderung anzutreten. Dahin haben sich auch viele Autoritäten auf diesem Gebiete ausgesprochen. So meint Pettenkofer, dass die Cholera aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nach München gelangen werde. Drasche und Nothnagel sind derselben Ueberzeugung bezüglich Wien's und Virchow und Hirsch bezüglich Berlin's. In Deutschland ist man überzeugt, dass die seitens der deutschen Behörden getroffenen entsprechenden Vorkehrungsmaassregeln, in Verbindung mit den in den letzten Jahren durchweg erheblich verbesserten hygienischen Verhältnissen der meisten deutschen Städte, der Cholera, falls sie, was nicht ausgeschlossen ist, durch Reisende nach Deutschland verschleppt werden sollte, mit Sicherheit erwarten lassen, dass dieselbe hier festen Fuss nicht fassen wird. Von uns in Russland kann man das wohl schwerlich sagen.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 1. Juli 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2266	1594	3860
Kinderhospitäler	102	94	196
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	126	45	171
Scharlach	4	6	10
Pocken	6	7	13
Venerische Krankheiten	310	403	713

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 24. bis 30. Juni 1884 besucht von 2879 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1234.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 1. bis 7. Juli 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
293	244	537	125	68	83	10	6	14	56	42	41	28	42	14	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 0, Masern 17, Scharlach 1, Diphtherie 11, Croup 0, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 33, andere Gehirnkrankheiten 20, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 16, acute Entzündung der Athmungsorgane 50, Lungenschwindsucht 75, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 119, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, angeborene Schwäche und Atropia infant. 48, Marasmus senilis 29, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 11, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	15—21 Juni	181 732	84	3	24,0	3,6	35,4
Kopenhagen	18—24 Juni	267 000	119	8	23,2	6,7	37,5
Berlin	22—28 Juni	1 225 065	627	68	26,6	10,8	40,0
Wien	22—28 Juni	759 849	399	12	27,3	3,0	30,8
Brüssel	15—21 Juni	171 293	68	8	20,6	10,3	30,4
Paris	20—26 Juni	2 239 928	962	130	22,3	13,5	28,2
London	22—28 Juni	4 019 361	1471	276	19,1	18,7	34,8
St. Petersburg	29 Juni — 5 Juli	928 016	548	76	30,7	13,8	31,4

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 13 Іюля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 29. **St. Petersburg, 21. Juli (2. August)** **1884.**

Ueber die Wiederbelebungsversuche bei Chloroformtod, insbesondere über die dabei angewendete Elektricität.

Von

Dr. med. Egbert Braatz,

prakt. Arzt in Libau.

(Fortsetzung).

Der faradische Strom hat als künstliches Respirationsmittel bei Chloroformtod schon früher einige gerechte Angriffe erlebt.

So citirt Schuppert[13]) eine nicht gerade sehr anerkennende Ansicht von Onimus und Legros, der ich Folgendes entnehme: «Onimus und Legros in einem vor der Pariser Academie gehaltenen Vortrage rathen zur Anwendung des galvanischen Stromes: sie sagen, dass in allen Fällen, wo eine Verzögerung oder Stillstand des Herzens und der Athembewegungen ohne Veränderung des Blutes stattfindet (wie dies beweisen) der continuirliche Strom dasjenige Mittel sei, welchem die Palme vor allen anderen anempfohlenen Mitteln gebührt . . . ., dagegen können sie die Anwendung der Inductionselektricität nicht genug verwerfen, indem sie sagen: das beste Mittel, um ein durch Anästhesie schon schwach gewordenes Herz völlig stillstehen zu machen, ist das Einführen eines Inductionsstromes in das betreffende Individuum, indem dadurch gerade die Folgen herbeigeführt werden, die man vermeiden will.»

Die Arbeiten der beiden letztgenannten Autoren sind uns leider im Original nicht zugänglich gewesen. Abgesehen von ihrer Empfehlung des allgemeinen Galvanismus scheint mir ihre Ansicht über den faradischen Strom für unseren Gegenstand fast spurlos vorüber gegangen zu sein, was im Angesicht der allgemeinen Empfehlung dieser Methode gewiss zu bedauern ist.

Wie unverantwortlich weitläufig überhaupt das ganze elektrische Verfahren sich gestalten kann, wenn es gilt, einen über dem Grabe Schwebenden dem Tode zu entreissen, sieht man am besten aus der genauen Anweisung, wie sie Erdmann[14]) giebt, die künstliche Respiration durch Elektricität zu bewerkstelligen. Da heisst es: Behufs Unterhaltung der künstlichen Respiration ist es nun nöthig, nach jeder einzelnen elektrischen Reizung, welche eine geräuschvolle Inspiration zur Folge hat, durch Druck auf die Bauchwandungen und mechanisches Hinaufdrängen des Zwerchfells die Exspiration zu befördern. Nach einigen Reizungen lässt man eine Pause (!) eintreten, um zu beobachten (—) ob die natürliche Respiration wieder in Gang kommt u. s. w.

Und vorher: Statt der faradischen Reizung oder mit dieser *abwechselnd* kann auch die galvanische Reizung nach derselben Methode angewandt werden und sind dabei wiederholte Stromwendungen anzuwenden, um eine kräftige Erregung hervorzurufen. Befördert werden die Exspirationsbewegungen durch gleichzeitige Faradisation der Bauchmuskeln und elektrocutane Geisselung der Zwerchfellsursprünge (also mit Ab- und Wiederanschrauben der Elektrodenansätze? d. V.). Die Einleitung der künstlichen Respiration ist oft mit glänzendem Erfolg angewendet worden bei Erstickten, Narkotisirten, Anästhesirten, zur Wiederbelebung bei Neugeborenen u. s. w. In allen solchen Fällen von Asphyxie ist die Behandlung oft sehr lange Zeit, jedenfalls so lange fortzusetzen, bis die natürliche Respiration wieder normal oder andererseits der Tod wirklich eingetreten ist. Die Behandlung ist nie gefahrvoll, leicht auszuführen und sollte in keinem Fall von Asphyxie unterlassen werden.»

Von glänzenden Resultaten bei dieser Methode in Bezug auf Chloroformscheintod zu sprechen, glaube ich aber, hat man kein Recht. Um die Resultate derselben annähernd beurtheilen zu können, muss man vor Allem wissen, 1) wie viel Narcosen überhaupt tödtlich verlaufen, und 2) wie oft dabei der faradische Strom angewendet wurde. Ferner müssten in jedem Fall die angewendeten Wiederbelebungsmittel in ihrer Reihenfolge bekannt sein, um ihren Einfluss auf die Wiederbelebung untersuchen zu können.

Von allen diesen Grundbedingungen fehlt uns zunächst die wichtigste; die Zahl der wirklich stattgehabten Todesfälle ist uns auch nicht annähernd bekannt, die bekannten

[13]) Schuppert: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. III, Heft 5 und 6, p. 573.

[14]) Erdmann: Die Anwendung der Elektricität in der praktischen Medicin. Leipzig 1877, p. 264.

bilden nur einen Bruchtheil der wirklich vorgekommenen. Es ist eine alte und ebenso jetzt noch wohlbegründete Klage, dass sich bei den Aerzten eine grosse Scheu finde, ihre Unglücksfälle, die sie durch Chloroform erlebt, der Oeffentlichkeit bekannt zu geben. Nur England ist bis jetzt dasjenige Land, dem wir die meisten Veröffentlichungen darüber verdanken. Die Aerzte aller übrigen Länder ohne Ausnahme beobachten über diesen Punct die grösste Zurückhaltung.

Was ist der Grund dieses Schweigens?

Einmal vielleicht die allgemein menschliche Eigenschaft, lieber gute Erfolge als Unglücksfälle bekannt zu machen. Das ist aber sicher nicht das einzige Hinderniss, in unserer Frage liegen die Verhältnisse noch etwas complicirter.

Abgesehen von der Neigung des grossen Publicums, einen Misserfolg in der Behandlung dem Arzte als Schuld anzurechnen, hat es den Anschein, als ob dasselbe durch einen Chloroformtodesfall besonders in Bestürzung geräth.

Handelt es sich um Tod nach Krankheit, so ist das wenigstens begreiflich, bei dem Tod aber, der in Folge von Chloroform eintritt, heisst es wohl meistentheils: «Der Kranke hat zuviel Chloroform bekommen» oder «der Arzt ist unvorsichtig gewesen».

Als im September 1882 kurz nacheinander zwei Todesfälle durch Chloroform in Odessa vorgekommen waren, bemächtigte sich die städtische Tagespresse der Sache und überhäufte die bei der Narcose thätig gewesenen Collegen, wie der «Wratsch» berichtet, in recht laienhafter Weise mit sehr heftigen und verletzenden Angriffen.

Das wäre nicht das Schlimmste. Ein Arzt, der weiss, dass er wirklich seine Pflicht gethan hat, wird sich gewiss über derartige Ausfälle hinwegsetzen. Wenig verlockend ist es aber, solche Fälle zu veröffentlichen, wenn sich selbst unter den Collegen noch Andeutungen von Auffassungen finden, die einen unberechtigten Vorwurf in dieser Beziehung zu enthalten scheinen. Jenes geflügelte Wort Sedillot's [15]) «Le Chloroform pur et bien employé ne tue jamais», es ist leider noch immer nicht verklungen, oder sagt der oben citirte Ausspruch König's mit anderen Worten nicht wesentlich dasselbe?

Von Zeit zu Zeit kommen ferner sogar Fälle vor, wo Aerzte, die ein solches Unglück betroffen, vor die Schranken des Gerichts gezogen werden.

Unser schöner Beruf hat ohnehin schon manche Dornen. Jeder Arzt kennt sie und betrachtet sie als seine Privatsache, über die er weiter nicht viel schreibt. Aber aus Danzel's [16]) Klage, welche er selbst zwar in humorvoller Weise eine Jeremiade nennt, will ich eine Stelle anführen, weil sie doch manches Wahre enthält. Er sagt unter Anderem: Wie wenig Verständniss findet der Arzt im Publicum, wie wenig ruhige Würdigung seiner Arbeit! Dabei auf dem Markt des Lebens thätig, ist er der Kritik, der einfältigsten selbst, fast wehrlos blossgestellt. Es geht ihm wie dem Baumeister, dessen Werke, auch dem grossen Haufen Preis gegeben, ohne Schonung und Gnade von jedem Strassenbummler bemäkelt werden».

Wie mag es nun einem Arzte zu Muthe sein, der ein gut Theil seiner Arbeitskraft, seiner Nachtruhe dem Studium der Chloroformfrage, seine ganze Gewissenhaftigkeit und Umsicht einem Kranken gewidmet hat, dieser ihm aber in der Narcose unter den Händen bleibt und er zum Dank für das Alles auf die Anklagebank kommt? Wenn sie ihm schliesslich auch «nichts anhaben» können und er freigesprochen wird, ist ihm die Freisprechung für seine Aufregung ein Ersatz? Der Pfeil hat gesessen und etwas bleibt in den Augen der Leute doch an ihm hängen.

Als vor vielen Jahren in Paris ein Arzt das Unglück hatte, einen Patienten beim Chloroformiren sterben sehen zu müssen, wurde derselbe vor die Schranken des Gerichts gefordert. Velpeau [17]) war als Sachverständiger hinzugezogen. Da sagte dieser mit männlicher Freimüthigkeit etwa Folgendes: Wenn Sie, m. H. diesen Angeklagten hier verurtheilen, dann werde ich fortan keinen Kranken mehr chloroformiren und die Menschen mögen dann unter ihren tausendjährigen Schmerzen weiter stöhnen, wie sie es bisher gethan, denn sonst bin ich selbst nicht sicher, dass ich morgen auf dieser Bank sitze und mich gegen die gleiche Anklage vertheidigen muss.

Der Angeklagte wurde freigesprochen. Möchte jeder College in der gleichen Lage einen gleich energischen Anwalt finden!

Wenden wir uns nach dieser kurzen Erörterung der Ursachen, welche mit dazu beitragen, dass unser Material in dieser Beziehung ein so lückenhaftes ist, wieder zu diesem selbst. Wenn man die oben erwähnten 101 Fälle von Chloroformtod durchsieht, so findet man, dass in 15 Fällen von angewandten Wiederbelebungsversuchen überhaupt nichts erwähnt ist.

Es bleiben somit 86 Fälle, oder nach Abzug eines weiteren ungeeigneten (Todesursache war Erbrechen) 85 Fälle, in denen von Wiederbelebungsversuchen die Rede ist. Unter diesen lautet die Bezeichnung 12 Mal lakonisch «Wiederbelebungsversuche», «alle» oder «die gewöhnlichen Wiederbelebungsversuche» und einmal sogar «Sherry und andere Wiederbelebungsversuche». Von den 73 übrigen Fällen ist in 30 Fällen, in denen die Elektricität nicht angewandt wurde, die künstliche Respiration angeführt, jedoch nur 2 Mal ist dieselbe näher bezeichnet, in den übrigen findet man nur schlechtweg «künstliche Respiration» angegeben. So ist in 43 Fällen sicher die Elektricität in Anwendung gekommen.

Faradisation des Phrenicus ist man berechtigt etwa in der Hälfte der Fälle anzunehmen, der Rest vertheilt sich entweder auf «Galvanismus» ohne nähere Bezeichnung und auf Galvanisation des Herzens und Zwerchfells.

Da kein Grund vorliegt anzunehmen, dass in den Originalberichten die Angaben gerade viel genauer sein werden, und eine mangelhafte Registrirung Schuld ist an den unvollständigen Angaben in der Tabelle, so geht aus derselben soviel zur Genüge hervor, dass man auf unseren Punct bisher sehr wenig geachtet hat, somit für eine vergleichende Beurtheilung des Werthes der einzelnen Wiederbelebungsmethoden an der Hand der Statistik das Material ein ganz unzulängliches ist, selbst angenommen, dass dieser Weg zur Aufklärung unseres Gegenstandes geeignet wäre.

Sicher verbergen sich aber unter den allgemeinen Bezeichnungen der Wiederbelebungsarten unserer Tabelle noch mehr fruchtlose Versuche mit dem gepriesenen Mittel.

Suchen wir nach einer Erklärung für die ganz allgemeine Empfehlung und fast ebenso allgemein angestrebte Anwendung der Elektricität als künstlichen Respirationsmittels.

Ihre erste Empfehlung verdankt sie dem Thierexperiment. Die Triumphe, welche sie am Vivisectionstische gefeiert, übertrug man getrost auf den Menschen, dessen Herz im Augenblick zwischen Sein und Nichtsein lebte und lange mühte man sich ab, ehe man die Hoffnung aufgab, den Unglücklichen zu retten. Erwachte er, so galt sie als seine Retterin, blieb er eine Leiche, so hiess es, dass nicht einmal das Elektrisiren der Athemmuskeln im Stande gewesen, das fliehende Leben zu bannen.

Wie oft ist es uns mit unseren Rettungsversuchen ebenso ergangen. Wie lange ist es her, dass Hasse Phthisiker mit Lammbluttransfusion curirte und Erfolge erzielte, welche an Frappanz sich nur mit jenen famosen Natronbenzoicumerfolgen vergleichen lassen, die ihrer Zeit ein ephemeres Aufsehen erregten?

Heute gehört schon noch mehr Kühnheit dazu, solche Publi-

[15]) Vom Jahre 1852, also 5 Jahre nach Einführung des Chloroforms.

[16]) v. Langenbeck's Archiv für klin. Ch. Bd. XV Heft 1 63. 1872.

[17]) v. Nussbaum in Pitha-Billroth's Sammelwerk, Anästhetica.

cationen zu erlassen, denn der Autor müsste dann vielleicht nachweisen, dass er mit einem geringen Quantum Schafsblut die Tuberkelbacillen im Körper des Phthisikers functionsunfähig gemacht habe.

Heute steht es mit der Transfusion wesentlich anders. Galt sie früher als ein hochbedeutsames Rettungsmittel, so wird sie jetzt wohl hauptsächlich auf das Thierexperiment beschränkt bleiben, um für das Studium der Fermentintoxicationen ein geeignetes Hilfsmittel abzugeben.

Und doch finden wir eine Menge Publicationen, nach welchen die Transfusion Wunder verrichtet haben soll?

«Kaum vermögen wir heute», sagt v. Bergmann [18]) in seiner lichtvollen Rede vom 2. August vorigen Jahres, nachdem doch so wenig Jahre erst darüber hinweggegangen sind, zu verstehen, wie man sich über die schon von Panum gebrachten Erfahrungen von der Gefährlichkeit der Transfusion mit fremdartigem Blute hinwegsetzen konnte, einzig und allein deswegen, weil eine und die andere Lammbluttransfusion erfolgreich schien, oder richtiger gesagt, den ihr unterworfenen Patienten gerade nicht umgebracht hatte. An der Geschichte dieser Transfusion kann man lernen, wie wenig Werth ein ärztlicher Erfolg dann hat, wenn er unvermittelt dasteht, unerkannt und unverstanden in seinen Bedingungen und seinem Zusammenhange, ungestützt von den allein sicheren Grundlagen unseres physiologischen Wissens!»

Wir bestreiten ja keineswegs, dass die Faradisation des Zwerchfells nicht einmal einen Erfolg haben kann. Wir wissen, dass in einer Anzahl der Chloroformanfälle das Herz noch relativ intact ist und nur die Athmung stockt. In diesen, für die Anwendung der Elektricität immerhin günstigen Fällen ist es ja denkbar, dass der elektrische Strom durch Anregung der Athemmuskeln günstig wirkt.

(Schluss folgt).

Die Indicationen für das Stahl- und Soolbad Pyrmont.

Von

Dr. Marcus,

königl. preuss. Stabsarzt und Badearzt in Pyrmont.

Die Indicationen für die Stahlbäder und ebenso diejenigen für die Soolbäder *einzeln* betrachtet, dürfen als den practicirenden Aerzten geläufig angesehen werden.

Es wird nicht ohne Interesse sein, die Heilanzeigen für den *combinirten Gebrauch* beider Gattungen von Bädern näher zu präcisiren und geben wir deshalb die Erfahrungen bekannt, welche wir neuerdings während eines Behandlungs-Cyclus von 6 Jahren mit der gleichzeitigen Anwendung der Stahl- und Soolquellen in Pyrmont gemacht haben.

Es darf als bekannt vorausgeschickt werden, dass der Curort Pyrmont zugleich zu den stärksten Stahlquellen und den kräftigsten Soolbädern Europa's zählt. Einige vergleichende Zahlen aus der chemischen Analyse werden dies illustriren:

Die Pyrmonter Haupt-Stahlquelle enthält (nach Fresenius) auf den Liter Wasser . . . . 0,077 Eisen,
die Franzensquelle in Franzensbad nur . . . 0,041 »
die stärkste Stahlquelle von St. Moritz nur . 0,038 »

Vergleicht man den *Pyrmonter Salzbrunnen* mit den beiden wichtigsten Kochsalz-Trinkquellen Deutschlands: mit dem Kissinger Racoczy und dem Homburger Elisabethbrunnen so enthält in 1000 Theilen Wasser:

	Kochsalz.	Bittersalz.	Glaubersalz.	Eisen.
Kissinger Racoczy	5,822	0,588	—	0,031
Pyrmonter Salzquelle	7,057	0,969	0,120	—
Homburger Elisabethbrunn.	9,860	—	—	0,023

Man sieht also, hinsichtlich des Kochsalzgehaltes steht die Pyrmonter Salzquelle mitten zwischen den beiden anderen Quellen, ferner dass der Homburger Elisabethbrunnen weder Bitter- noch Glaubersalz, der Kissinger Racoczy von diesen abführenden Salzen nur Bittersalz und die Pyrmonter Salzquelle Bitter- *und* Glaubersalz enthält. Man wird daher in den Fällen, in welchen stärkere Darmausscheidungen erwünscht sind, der Pyrmonter Salzquelle vor dem Kissinger Racoczy und dem Homburger Elisabethbrunnen den Vorzug zu geben haben.

Die Pyrmonter *Sool-Badequelle* (sog. Bohrsoole) ist mehr als doppelt so stark als die Quellen Kreuznach's:

In 100 Theilen enthält (Valentiner):
Kreuznach's Hauptbrunn. der Theodorshalle. 0,919 Kochsalz
» » » Carlshalle . . 1,179 »
» Oranienquelle . . . . 1,415 »
Pyrmonter Bohrsoole . . . . 3,200 (!) » *)

Die interessanteren Fälle, welche in den letzten 6 Jahren von uns durch combinirtes Verfahren mit den Eisen- und Soolquellen geheilt oder gebessert worden sind, gehören zum Gebiete folgender Krankheiten:

Die Tropen-Krankheiten. Diese befallen die in den Tropen-Ländern längere Zeit sich aufhaltenden Europäer, welche den Einflüssen des heissen Klimas nicht gewachsen sind, und sind unter dem Namen Beriberi in Brasilien, Kake in Japan gefürchtet, kommen auch in Calcutta und in holländisch Indien vor und treten unter den Erscheinungen hochgradiger Anämie und deren Folgen in mehr oder weniger acuter, oft sehr bedrohlicher Form auf. Das sofortige Verlassen des bisherigen Aufenthaltes pflegt die Krankheit zum Stillstand zu bringen, doch bleiben Reste derselben: Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Fersen und Handgelenke, Herzklopfen, Hinfälligkeit, chronische Diarrhöen u. A. häufig lange Zeit nach der Rückkehr nach Europa bestehen und trotzen allen Mitteln. Gegen diese Residuen zeigten sich die Pyrmonter Stahlquellen von heilsamster Wirkung; in einzelnen dieser Fälle hatte die vorherige Anwendung unserer Soolbäder zur Beruhigung des erregten Nervensystems vortreffliche Dienste geleistet.

Die Basedow'sche Krankheit. Schon der *ein*malige Curgebrauch hat in einigen Fällen vollständige Heilung, in allen aber wesentliche Besserung dieser Nervenkrankheit erzielt; in der Mehrzahl der Fälle ist eine zwei oder dreimalige Wiederholung der Cur zur Genesung nothwendig gewesen. Auch bei der Behandlung von *einfach melancholischen Zuständen*, wie sie bei Damen in Folge von nicht objectiv erkennbarer Blut-Dyskrasie nicht gar so selten sind, habe ich einige vorzügliche Resultate zu verzeichnen; allerdings kam hierbei die tonisirende und erheiternde Wirkung der Pyrmonter Stahlbäder (deshalb «Champagner-Bäder» genannt) hauptsächlich in Betracht.

Albuminurie. Gegen dieses oft Jahre lang allen Behandlungsmethoden trotzende Leiden haben wir in den Pyrmonter Quellen ein vorzügliches Heilmittel und ist es mir in *allen* Fällen gelungen, diejenigen Patienten, welche an Albuminurie in Folge von Scharlach, Erkältung resp. Durchnässung, in einem Falle nach doppelseitiger Pleuritis, in einem anderen nach Enteritis follicularis litten, durch eine entsprechende Cur von ihrem Leiden zu befreien. Diese Fälle betrafen lauter jüngere Personen: Kinder, junge Männer und Mädchen und heilten unter Zunahme des Körpergewichtes bis zu 6 Kilogramm. — Weniger glücklich war ich in der Behandlung der Albuminurie in Folge von Cirrhose und Amyloid der Niere, doch war der Eiweissgehalt

[18]) v. Bergmann, die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium, 1883.

*) Mit diesen ungemein kräftigen Soolbädern wurden trefflichste Erfolge von uns erzielt: bei *Scrofeln* in verschiedener Form (Drüsen-Anschwellungen, Haut-Ausschläge), bei abgelagerten Resten alter *Entzündungen* (Exsudate), auch nach *Traumen* (Narben und Auflagerungen) und *Rhachitis*. Diese zu schildern liegt nicht im Zwecke dieses kurzen Abrisses, sowie es Eulen nach Athen tragen hiesse, von den berühmten Erfolgen der Pyrmonter Quellen bei Chlorose, Anämie und Schwäche-Zuständen aller Art reden zu wollen: schon Zar Peter der Grosse fand (im Juni 1716) von den gewaltigen Anforderungen, die seine Herrscher-Aufgaben an ihn machten, erschöpft, in Pyrmont neue Kraft zu segensvoller Thätigkeit.

des Urins in diesen Fällen nach der Cur wesentlich geringer geworden. In einem Falle von *periodischem Bluthamen* bei einem 70jährigen Herrn konnte die nebenbei bestehende Albuminurie bei der Abreise desselben als geschwunden nachgewiesen werden.

Uebermässige Fettleibigkeit; diese kam in zweierlei Gestalt zur Behandlung: entweder verbunden mit ausgesprochener Blutarmuth oder mit den Zeichen von anscheinend widernatürlicher Blutfülle. Letztere Form beansprucht ein grosses Interesse: Es handelt sich hierbei um Frauen meist in den Dreissigen, die äusserlich mit ihrer wohlgenährten Natur und ihren strotzend rothen Wangen das Bild vollster Gesundheit bieten, weshalb ihre Beschwerden meist als eingebildet von ihrer Umgebung angesehen werden. Untersucht man genauer, so erkennt man bald, dass die Klagen der Patienten eine palpable anatomische Ursache haben. Man hat derartige Fälle auch «*blühende Bleichsucht*» genannt, doch scheint mir der Grund des Leidens mehr in einer unregelmässigen Vertheilung des Blutes im Körper zu bestehen, wie denn auch stets die Klagen über «aufsteigende Hitze» mit solchen über «kalte Füsse», «leicht eintretendes Frösteln» verbunden sind. — Der Fettreichthum allein verschuldet keineswegs die Kurzathmigkeit und leicht eintretende Athemnoth dieser Patienten: ich habe mich in vielen Fällen überzeugen können, dass dieselben auf einer *Functions-Störung des Herzens* beruhten. Der Herzschlag pflegte in diesen Fällen oft kaum fühlbar und auffallend matt zu hören sein, in einzelnen Fällen war der erste Herzton nicht wahrnehmbar, der Puls an der Radialis von geringer Spannung. — Ich habe bei diesen Zuständen von der combinirten Anwendung der Stahl- und Salzquellen die schönsten Erfolge gesehen und schreibe diese hauptsächlich der Wirkung unserer «schweren Soolbäder» zu. Ich habe gesehen, wie unter ihrer Wirkung Damen innerhalb 4—5 Wochen 12—15 Kilogramm an Körpergewicht und mit denselben ihre Beschwerden verloren und mich zu überzeugen Gelegenheit gehabt, dass die Besserung nicht eine durch das gleichzeitig geübte diätetische Verhalten bedingte und mit demselben deshalb wieder schwindende sondern von nachhaltiger Wirkung gewesen ist. Innerlich liess ich hierbei die auflösende und abführende Salztrinkquelle je nach der Individualität des Falles entweder rein oder mit Stahlbrunnen gemischt brauchen.

Eine ausgedehnte Anwendung fand ferner der combinirte Gebrauch der Salz- und Stahlquellen bei den *speciellen Frauenkrankheiten*: Es ist einleuchtend, dass bei den verschiedensten Erkrankungen des Uterus, der Ovarien, der Vagina, zur Aufsaugung peri- und parametritischer Exsudate, zur Schmelzung gutartiger Tumoren die Soolbäder sich von vorzüglicher Wirkung zeigen müssen, wenn es, wie hier, möglich ist, den durch diese Leiden meist sehr geschwächten weiblichen Gesammt-Organismus durch eine gleichzeitige innerliche Stahlcur zu stärken, — zumal die mit diesen Krankheiten fast ausnahmslos verbundenen Meno- und Metrorrhagien jene Frauen in mehr oder minder ausgesprochener Form anämisch zu machen pflegen. Ich habe so auch mehrere Fälle von starkem Fluor albus, die jahrelang allen gynäkologischen örtlichen Maassnahmen getrotzt hatten, unter gleichzeitiger Heilung der bestehenden Chlorose hier zur Genesung kommen sehen.

In einer ganzen Reihe von Fällen ist nach der combinirten Cur auf die bisher bestandene *Sterilität* später Conception erfolgt; in einigen Fällen, wo weder eine pathologische Veränderung der weiblichen Geschlechts-Organe nachweisbar, noch irgendwelche subjectiven oder objectiven Erscheinungen von Blutarmuth aufgetreten waren, ist auf eine mehr empirisch angeordnete Bade-Cur hier (hauptsächlich Stahlbäder und Spülungen des Cervix während des Bades) nach langer Unfruchtbarkeit (in einem Falle nach 13jähriger) die ersehnte Gravidität eingetreten. Ueber die glänzenden Erfolge, welche durch die Pyrmonter Cur bei *hysterischen Lähmungen* erzielt worden sind, habe ich unter Veröffentlichung zweier besonders prägnanter Krankengeschichten an anderer Stelle ausführlich berichtet.

Die Pocken im Allgemeinen Krankenhause zu Riga 1883—1884.

Von

M. Treymann,

Ordin. Arzt der Infections-Abtheilung.

Im Ganzen wurden in der Zeit vom 1. Januar 1883 bis Ende März 1884 beobachtet 110 Pockenerkrankungen. Mehr als die Hälfte der Fälle kommt auf die Zeit vom 10. bis 25. Lebensjahr; vertreten sind übrigens alle Altersklassen, vom 1. bis zum 60. Lebensjahr.

An Variola erkrankten im Ganzen		80 Pers.
» Variola vera		30 »
und zwar an Variola confluens	19	
» Variola hämorrhag. pustulos.	4	
» Variola vera mit Endocard. ulc.	1	
» Purpura variolosa	1	
» Variola vera discret.	5	

Davon starben 16 i. e. 14,5 % oder 53,3 % der an Variola vera Erkrankten oder 46 % der letzteren, wenn man die 4 hämorrhagischen Pockenfälle ausschliesst.

Der Tod bei Variola trat ein:

1 Mal	nach	$1^{1}/_{2}$	Tagen	an Variola hämorrhag. pustulos. (Abortus vorausgegangen).
1 »	»	$2^{1}/_{2}$	»	» Variola vera mit Endocarditis ulcerosa.
1 »	»	8	»	» Variola confluens.
8 »	»	11—12	»	» Variola confluens.
6 »	»	14—16	»	» Variola confl., Purpura variolos., Variol. confl. hämorr.
1 »	»	19	»	» Variola confluens.
1 »	»	20	»	» do.
1 »	»	26	»	» do.
1 »	»	21	»	» do.

Von den 16 Verstorbenen waren ungeimpft 43,7 %, und zwar: 1 Mal geimpft 3 (mit Impfnarben); zweifelhaft 6; Nicht geimpft 7.

Von den letzteren 7 hatten jedoch die Pocken überstanden: 1 vor $2^{1}/_{2}$ Jahren (deutliche Narben im Gesicht); 1 vor vielen Jahren (wieviel?); 1 vor einem Jahr.

Von den 14 *nach Variola vera Genesenen* waren ungeimpft 28,5 %, und zwar: 1 Mal als Kinder geimpft 6 (5 Erwachsene und 1 Kind); während der Incubation mit Erfolg geimpft 1 (ein 4 jähriges Kind); nicht geimpft 4 (ein 15jähr. Knabe, 3 Frauen, 14, 22, 29 Jahr alt); zweifelhaft 3.

Unter den *an Variolois Erkrankten* befand sich: 1 Zwanzigjähriger als Kind geimpfter und von Pocken durchseuchter, 3 zwanzig- bis fünfundzwanzigjährige geimpfte und revaccinirte Individuen, 2 vier Tage vor dem Ausbruch des Exanthems frisch mit Erfolg vaccinirte Kinder.

Die Dauer der Krankheit betrug ca. $1^{1}/_{2}$ bis 4 Wochen bei Variolois, und 22 bis 66 Tage bei Variola vera.

Die *Incubationszeit* konnte mit höchster Wahrscheinlichkeit 2 Mal auf je 11 Tage, 1 Mal auf 12, 1 Mal auf 14 Tage berechnet werden. In dem einen Fall handelte es sich um eine mittelbare Uebertragung des Pockengiftes auf ein als Kind geimpftes und vor 12 Jahren revaccinirtes Individuum, welches dabei die denkbar leichteste Variolois acquirirte mit deutlich ausgesprochenem 3tägigem Initialfieber und 10—12 rasch eintrocknenden kleinen Papeln und Pusteln.

Das Initialstadium (cf. Knecht in «Arch. für Dermat. etc.» Bd. IV, pg. 166) dauerte:

bei Variola:				bei Variolois:	
1 Mal	$1^{1}/_{2}$ Tage	(1 todt)		24 Mal	— 2 Tage
6 »	2 »	(2 »)		29 »	— 3 »
15 »	3 »	(7 »)		8 »	— 4 »
1 »	4 »			3 »	— 5 »
1 »	5 »	(1 »)		3 »	— 1 »

1 Mal	6	Tage (1 todt)	1 Mal	— $^1/_2$	Tage
1 »	10	» (1 »)	12 »	— ?	
4 »	?	» 3 »			

Von den 15 Kranken, bei welchen das Initial-Stadium *länger als 3 Tage* dauerte, starben 3, genasen 12; von den 35 Kranken, bei welchen das Initialstadium *weniger als 3 Tage* währte, starben 3, genasen 32. Diese Fälle widersprechen sowohl der Ansicht Trousseau's: «Je mehr die Aeusserung der Variola auf der Haut sich verzögert, um so gefahrloser wird die Krankheit, je schneller der Ausschlag zu Stande kommt, um so gefährlicher wird das Uebel» [1]), wie auch der Anschauung einiger älterer englischer Autoren, die in einem lange hingezogenen Initialstadium eine grosse Gefahr sahen (Sydenham [2]). Auch Knecht konnte Trousseau's Ansicht nicht bestätigen [3]). Ein Fall aus meiner Privatpraxis, in welchem das Exanthem bereits nach 2 Mal 24 Stunden erschien, endete letal, während in 24 Fällen günstig verlaufender Variolois das Initialstadium gleichfalls 2 Mal 24 Stunden betrug. Drei Fälle von Variola mit $1^1/_2$ und 2tägigem Initialstadium endeten gleichfalls letal, während eine anfangs sehr schwer erscheinende Erkrankung mit 8tägigem Initialstadium (Pultrok) und eine zweite mit 5tägigem Initialstadium, hämorrhagischem Initial-Exanthem und Graviditas einhergehende Erkrankung sich als Variolois erwies. Es ist also, wie es scheint, doch nicht so leicht, aus der *Dauer* des Initialstadiums sichere Anhaltspuncte für die Prognose der Pocken zu gewinnen. Ebenso dürfte es sich mit der *Intensität* und mit den *Exanthemen* des Initialstadiums verhalten. Sicher ist, dass wir furibunde Delirien sowohl bei Variolois wie bei Variola beobachtet haben, während nach meiner Erfahrung ein leichtes Initialstadium mit höchster Wahrscheinlichkeit eine Variolois erwarten lässt. Bezüglich der hämorrhagischen oder petechialen Initial-Exantheme habe ich später 4 Krankheitsfälle anzuführen, die der Curschmann'schen Behauptung [3]), als seien sie fast pathognomisch für die Variola vera, strict widersprechen und Trousseau's Ansicht stützen, nach welcher sowohl hämorrhagische wie erythematöse Initial-Exantheme einen gutartigen Verlauf ankündigen. Beiläufig erwähne ich, dass Hebra das Initialexanthem prognostisch für eher «ungünstig als günstig» hält, während Simon schweren Verlauf mit und ohne Initial-Exanthem beobachtet hat [4]).

Die Beschaffenheit der Variolois-Pusteln war ebenso wie ihre Anzahl eine sehr verschiedene. Einmal haben wir höchstens 5 Pusteln bei einer 29jährigen auffinden können und die Dellen überhaupt häufig vermisst.

Die Untersuchung der *Milz*, mit deren Schwierigkeit die Recurrens-Baracken uns genügend vertraut machten, haben wir bei fast allen Pockenkranken vorgenommen. Die Angabe Curschmann's [5]), dass Milzvergrösserung sich nur bei Variola finde, konnte nicht bestätigt werden. Wir haben sie bei Variola 7 Mal deutlich vergrössert, darunter 3 Mal (2 Mal, nachdem Recurrens der Variola vorausgegangen) palpabel gefunden, *4 Mal aber auch bei leichter Variolois eine unzweifelhafte Vergrösserung der Milz durch Percussion nachweisen können.* Auch die Veränderung der Milz kann also für die differentielle Diagnose zwischen Variola und Variolois nicht verwerthet werden, wie ja auch a priori wahrscheinlich ist, da eine Vergrösserung dieses Organs bei den meisten infectiösen und fieberhaften Krankheiten nachgewiesen wurde [6]). 1 Mal ist Variolois nach schwerem Typhus abdominalis mit gutem Ausgang, 2 Mal ist Variola vera und 3 Mal Variolois nach Ablauf des Recurrens-Typhus aufgetreten, wobei mehrere Male das Initialfieber der Pocken für einen neuen Anfall des Typhus recurrens gehalten wurde, ein Irrthum, der insbesondere in 2 Fällen nicht vermieden werden konnte, weil das Pockenfieber genau nach 7tägiger scheinbarer Intermission einsetzte. Die Frage nach der Coincidenz von Recurrens und Pocken ist leider nicht gelöst worden, weil während der Fiebertage die Untersuchung des Blutes auf Spirillen nicht gemacht wurde. Es ist dies um so mehr zu bedauern, als die gleichzeitige Affection eines Individuums mit Pocken *und* Masern oder Scharlach oder Typhus sicher gestellt ist [7]). Als *Complicationen* sind beobachtet worden: Gesichts- und Kopf-Erysipel (in der 5. Woche), Decubitus, Neuralgien, Affectionen der Augen, vorzugsweise der Hornhaut, intermusculäre Zellgewebsabscesse und Furunkel, 1 Mal Vereiterung der Bursa präpatellaris, 1 Mal Endocarditis ulcerosa, 3 Mal Abortus (mit Ausstossung einer 4—5 monatl. Frucht, deren Haut kein Exanthem aufwies, während des Suppurationsstadiums; einmal ging ein Abort im 3. oder 4. Monat der Variola hämorrhag. pustulosa voraus; bei einer jungen 18jährigen Puerpera, die nach Ausstossung des todten Kindes mit papulösem Exanthem bewusstlos ins Krankenhaus gebracht wurde, verlief die Variolois sammt dem Wochenbett ausnahmsweise leicht), einmal Graviditas im 7. Monat mit hämorrhagischem Exanthem und leichter Variolois.

Bezüglich der *Diagnose* der Pocken ist zunächst ein kleines Sündenregister aufzuführen, an welchem ich selbst auch mit einem Fall betheiligt bin. Die Pocken wurden verwechselt: 1 Mal mit einem nicht näher bezeichneten papulösen Ausschlag, 1 Mal mit einem sehr reichlich aufgetretenen pustulösen Ausschlag, wie er mitunter die Furunculosis begleitet, 2 Mal mit Urticaria, 2 Mal mit Roseola syphilitica (ein Mal von mir verwechselt), 1 Mal mit Scabies, die unter Freilassung der Hände an Armen und Beinen im Entstehen begriffen war, während einige kleine pockenähnliche Papeln im Gesicht bestanden. Das Eingeständniss fällt nicht schwer, weil die Irrthümer in 24 Stunden berichtigt wurden und weil die anerkannte Schwierigkeit der Pockendiagnose auf Indemnität seitens der erfahrenen Collegen hoffen lässt. Knecht berichtet von einer Verwechselung der Variola mit Herpes zoster. Die Sache ist aber noch viel schwieriger, als sie insgemein hingestellt wird. Ich habe vorhin schon der divergirenden Ansichten namhafter Autoren Erwähnung gethan. Was von der prognostischen Bedeutung des Milztumors und des petechialer Initial-Exanthems gesagt wurde, gilt auch von der Dauer und Intensität des Initialstadiums. Es kann von uns nur behauptet werden, dass das Initialstadium *sowohl bei Variola wie bei Variolois* meist 2—3 Tage dauert [8]), und dass es sowohl bei der einen wie anderen Form auf einen, ja auf einen halben Tag abgekürzt oder bis auf 4—5, ja 8—10 Tage verlängert werden kann, ohne dass man daraus irgendwelche prognostische Schlüsse zu ziehen berechtigt ist, und endlich, dass ein hochgradiges Initialfieber mit furibunden Delirien *sowohl Variola wie Variolois* ankündigen kann. Wenn die Papeln, wie ich es bei Variolois beobachtet habe [9]), unter starkem Jucken auf den Armen entstehen, das Gesicht ganz oder fast ganz frei lassen oder dort in Folge von Kälteeinfluss fast schwinden, wenn auf dem ganzen Körper nur 5—6—12 Papeln aufzufinden sind, wenn die kleinen Pusteln nicht gedellt erscheinen oder abortiv zu Grunde gehen, so wird die Verwechselung mit anderen Papeln und Pusteln begreiflich und verzeihlich. Es sind dies eben Fälle, die der Febris variolosa sine exanthemate, wo die Diagnose oft unmöglich ist, sehr nahe stehen [10]) Mit der frühzeitigen Diagnose der *Confluens* und der *hämorrhagischen Pocken* es ist nicht besser bestellt. Es kommen sehr häufig Fälle vor, wo

[1]) Ziemssen Sammelwerk Bd. II, p. 375.
[2]) Ibid. pg. 400.
[3]) Ibid. pg. 449.
[4]) Arch. für Dermatol. und Syph. Bd. II, pg. 382.
[5]) Ziemss. Bd. II, 2 p. 380.
[6]) Wiener Klinik, 9. Heft 1879: Chvostek über Milztumoren pag. 256.

[7]) Ziemssen l. c. p. 361.
[8]) Knecht l. c. p. 116.
[9]) Bei einer Dienstmagd. Cf. Simon l. c. über das Auftreten des hämorrhag. Initial-Exanthems unter starkem Jucken, was ich öfter beobachtet habe.
[10]) Ziemssen Bd. II, 2 p. 359.

die Papeln im Gesicht, auf den oberen und unteren Extremitäten äusserst dicht stehen und zu der grössten Besorgniss Veranlassung geben, um nach einigen Tagen plötzlich einzutrocknen oder grösstentheils abortiv zu Grunde zu gehen. Die zuversichtlich diagnosticirte Variola vera hat sich dann über Nacht in eine Variolois verwandelt. Nicht selten sind die Fälle, wo bei einer nicht tödtlich verlaufenden Variola vera aus den an den Unterschenkeln hämorrhagisch werdenden Pusteln die Diagnose irrthümlich auf Variola hämorrhagica pustulosa gestellt wird. Curschmann warnt vor diesem Irrthum und sagt dabei doch, dass bei den hämorrhagischen Pocken grade zuerst auf die Unterschenkel zu achten sei. Wenn er hiebei die Ansicht ausspricht, dass die gelegentlichen Hämorrhagieen in den Unterschenkel-Pusteln nur bei delirirenden und unruhigen, das Bett verlassenden Patienten auftreten [11], so kann ich auf 4 gut beobachtete Fälle dieser Epidemie hinweisen, in welchen die Patienten viel zu schwach waren, um das Bett zu verlassen, sehr gut beaufsichtigt wurden und bei trotz alledem auftretenden hämorrhagischen Pusteln der Unterschenkel und *anderer Körpergegenden* (Schulter und Rücken) von ihrer Variola confluens resp. Variolois genasen. Ebenso schwierig ist der Verlauf der suppurativen Dermatitis zu beurtheilen. Ich habe einen *geimpften*, in bester Lebenskraft stehenden 23jährigen Mann im Suppurationsstadium bei hoher Temperatur und vollem, kräftigem Pulse sterben sehen und eine *ungeimpfte* schwächliche 29-jährige Frau in demselben Stadium, bei stärkster Eiterung und hohem Fieber, einen Tag darauf, nachdem ich sie aufgegeben hatte, in *der* Weise zur plötzlichen Besserung schreiten sehen, dass das Eiterungsstadium über Nacht in das Exsiccationsstadium überging. Wie wenig prognostische Anhaltspuncte der Umstand der vorausgegangenen Vaccination oder Durchseuchung mit Variola-Gift giebt, geht nicht nur aus den oben angeführten Fällen hervor, sondern auch daraus, dass unter 10 an Variola Gestorbenen 3 vaccinirt waren und 3 die Pocken überstanden hatten, während unter 10 nach Variola Genesenen 6 Geimpfte und 4 Ungeimpfte sich befanden. Wenn ich nun noch anführen muss, dass in einem der schwersten Fälle von Variola confluens, die ich überhaupt gesehen habe, das Initialstadium 2 Tage dauerte und milde verlief, so dass nach 2 Mal 24 Stunden die Diagnose auf Variolois gestellt werden durfte, dann aber ununterbrochen durch 3 Mal 24 Stunden hindurch die denkbar stärksten Eruptionen sich über den ganzen Körper verbreiteten bei mässig hohem Fieber aber sonst schweren Erscheinungen, dass das Fieber dann den characteristischen Abfall zeigte, worauf am 11. Tage im Collaps der Tod erfolgte — so habe ich leider für die Sicherung der Prognose der Pocken aus meinen Beobachtungen nichts beibringen können. Es wird immer die strengste Individualisirung in jedem Einzelfall stattfinden müssen, ohne dass auch darin die Gewähr für eine allzeit sichere Prognose erblickt werden dürfte.

Die *Behandlung* der Pocken bestand vorzugsweise in der Verabfolgung von *Bädern*, und zwar *kühler* (anfangs 27° bis auf 22° abgekühlt) mit und ohne kalte Uebergiessung, und *lauwarmer*. Erstere wurden bei hohem Fieber, Kopfweh, Unruhe, Delirien, letztere im Exsiccations- und Decrustations-Stadium angewandt. In einem desolaten Fall von Variola confluens wurde mit vorzüglichem Erfolg ein *permanentes Wasserbad* angeordnet, das leider nur 24 Stunden vertragen wurde, in dieser kurzen Frist jedoch den wohlthätigsten Einfluss auf den enormen Decubitus und die gesammte krustenbedeckte Haut ausübte. Ueberhaupt kann ich den Bädern, die häufig und in jedem Stadium der Pocken verordnet wurden, das Beste nachrühmen. Niemals wurde Collaps beobachtet, immer grosse Erleichterung und Beruhigung, oft Temperatur-Abfall um 1—2°. Uebrigens wurde nicht die Höhe der Körpertemperatur, sondern der Allgemeinzustand der Kranken — Schmerzen, Schlaflosigkeit, Delirien etc. — als maassgebend für die Verordnung eines Bades angesehen. Die schwersten Fälle von Variola confluens bei 4 Ungeimpften mit einer Krankheitsdauer von 50—66 Tagen haben ihre Genesung vielleicht vorzugsweise den consequent angewendeten Bädern zu danken, ohne welche ich mir eine rationelle Behandlung der Pocken gar nicht denken kann. Nach dem Bade wurden die Kranken reichlich mit *3% Salicyl-Talkpuder* (Acid. salicyl. 3,0, Talci pulv. 87,0, Amyli 10,0) bestreut, wodurch zum Theil eine Deckung der wunden Stellen und eine leidliche Desinfection und Trockenheit der Haut sowohl wie der Wäsche erzielt wurde. Innerlich wurde Acid. muriat. und vielfach Wein, Branntwein, Campher, versuchsweise auch das von Zülzer empfohlene *Xylol* gegeben. Ich habe es hier nur selten verordnet, weil ich mich schon vor etwa 8 Jahren während einer Pocken-Epidemie im Witebski'schen Gouvernement von der Wirkungslosigkeit dieses Mittels zur Genüge überzeugt habe. Natr. salicyl., Natr. benzoic., Chinin wurden gleichfalls je nach Bedürfniss, insbesondere bei hohem Fieber, in Anwendung gezogen.

Besondere Aufmerksamkeit haben wir der *Behandlung des Gesichts* der Pockenkranken geschenkt. Ohne Zweifel leisten die, auch von Curschmann warm empfohlenen *kalten Compressen* gegen Schmerz und Schwellung Vorzügliches. Eine Einschränkung der Eiterung und Verhütung der Narbenbildung konnte jedoch durch keines der angewendeten Mittel erreicht werden. Es dürfte übrigens sehr schwer fallen, den sicheren Erfolg irgend eines Mittels zu zu constatiren, da man oft genug durch ein verhältnissmässig glattes Gesicht überrascht wird, nachdem man aus der colossalen Eiterung, Schwellung und Pockenbildung während der Krankheit eine bedeutende Entstellung zu prognosticiren sich versucht fühlte. Dieselbe Bemerkung macht Knecht (l. c. Bd. IV, pg. 207). Es ist eben zu keiner Zeit möglich zu bestimmen, wann die Eiterung nur die obere, wann sie die tieferen Schichten der Cutis afficirt. Wir haben versucht:

1) Aq. dest. und Glycerin $\overline{aa}$, Compressen auf das Gesicht (im Wiedener Krankenhause gebraucht).

2) Collodium und Jodoformcollodium.

3) Tinct. jodi, Tinct. gallar. $\overline{aa}$, und reine Jodtinctur [12], sehr energisch mehrmals vom 1. Tage der Eruption an auf das Gesicht und auf *eine* Hand und *einen* Vorderarm gepinselt, während zur Controle die andere Seite nicht behandelt wurde.

4) Carbolpaste (Carbols. 1,0, Ol. olivar. 8,0, Cret. alb. q. s. ut. f. pasta).

5) Borsalbe, 1 : 2 Vaseline.

6) Tinct. jodi mit Chloralhydrat, 4 : 1.

Wir haben namentlich mit den beiden letzten Mitteln und mit dem ersten Linderung der Schmerzen, Ermässigung der Spannung, niemals aber Verhütung der Narbenbildung erzielen können. Die zeitraubende Stichelung der Papeln mit Lapislösung haben wir nicht vornehmen können und Versuche mit der von Dr. Weidenbaum empfohlenen Mischung: Ungt. hydrarg. cin. 8,0, Sapon. kalin. 15,0, Glycerini 30,0 uns vorbehalten.

Krankengeschichten.

1. Annette Reekste, 21½ Jahr alt, aufg. den 20. Dec. 1883. Seit 36 Stunden krank, hat gestern über Kopfschmerzen geklagt, keinen Appetit gehabt, soll heute morgen noch umhergegangen sein und gesprochen haben, hat sich darauf hingelegt. Seitdem ganz benommen, bald bewusstlos. Hin und wieder hat sie phantasirt, meist aber, ohne zu sprechen, ruhig gelegen. Stat. praes. Sehr gute Ernährung, colossales Fettpolster, kräftige Muskulatur. Discrete spärliche *Papeln* auf den Händen, im Gesicht und auf dem Rumpf, einige auf den Oberschenkeln, auf den Unterschenkeln nichts. Haut brennend heiss, Lippen borkig. Puls sehr frequent, klein. Tiefes Coma. Puppillen reagirend, linke Pupille etwas weiter als die rechte. Keine Lähmung der Extremitäten. *Milzdämpfung etwas vergrössert*, Milz nicht palpabel (die Milzuntersuchung ist wegen des Fettpolsters sehr schwierig). Ord. Subcutan Aether. Wein. Eisbeutel auf den Kopf. Bad mit kalter Uebergiessung.

[11]) Ziemssen Bd. II, 2 p. 407.

[12]) Nach Martin's «Aerztl. Intelligenzblatt 1871. № 28; Eimer: «die Blatternkrankheit etc.» 1853, pg. 46; Knecht l. c. pg. 206.

Im Bade kommt Patientin auf kurze Zeit zu sich. Bald wieder tiefes Coma. Patientin stirbt am 21. Dec. 1883 um 9 Uhr Abends. Die Körpertemperatur betrug Morgens 41,0, Abends 40,4.

Diagnose: Vareola vera. Tumor lienis.

Section: Auf der *Haut* Todtenflecke. Gesichtshaut dunkelroth, von den Papeln nichts zu sehen. Auf der Schleimhaut der Mundhöhle, des Oesophagus, der Vagina kein Exanthem. Muskulatur dunkelroth. *Gehirn* hyperämisch. Auf der Schleimhaut der Trachea und der Bronchien zahlreiche punctförmige Ecchymosen. *Herz*: Subpericordiale Ecchymosen. Mitralklappen durchweg stark verdickt, von weisssehnigem Aussehen, an den Flächen und an den Rändern mit feinen röthlichen, abstreifbaren Excrescenzen besetzt. Endocardium punctförmig ecchymosirt. Semilunarklappen der Aorta schlussfähig, mit feinen gelbröthlichen Excrescenzen besetzt. Die *Milz* gross, 20 C. lang, 12 C. breit, 3 C. dick. Parenchym weinroth, enthält 2—3 nussgrosse, dunkelrothe, fast schwarze Infarcte, die an die gespannte Kapsel anstossen. Im *Magen* zahlreiche punctförmige Ecchymosen. Im *Darmkanal*, hauptsächlich im Jejunum, spärlich im Ileum, finden sich 20—25 hirsekorn- bis hanfkorngrosse, erhabene dunkelrothe rundliche Hervorragungen, von denen einige ein gelbes Pünctchen an der Spitze tragen. Auf dem Durchschnitt erscheinen sie als kleine bluterfüllte Höhlen. Die Serosa des Dünndarms ist diesen Stellen entsprechend blutig suffundirt. Mesenterial- und Retroperitonäaldrüsen nicht geschwellt. Peritonäum glatt, spiegelnd. In den *Nieren finden sich zahlreiche miliare gelbweisse Abscesse.* Das linke Ovarium enthält ein frisches Corpus luteum. Uterinschleimhaut injicirt, geschwellt, die Uterinhöhle mit Blut gefüllt. (Menstruatio). Anatomische Diagnose: Endocarditis ulcerosa. Tumor lienis. (Variola). Curschmann beobachtete ein Mal als Complication der Variola Endocarditis ulcerosa.

2. Den 2. Fall, den ich selbst nicht gesehen und der leider nicht zur Section gekommen ist, referire ich nach den kurzen Notizen des Krankenlagers.

Caroline Stepanowicz, 45 Jahr alt, aufg. den 22. Febr. 1883. Seit 10 Tagen krank, will Kälte und Hitze gehabt haben. Die Kinder hatten eine der ihrigen ähnliche Erkrankung (?). Seit 5 Tagen der Ausschlag am Körper. Klagen über Schmerzen der Beine. Stat. praes. Gut genährt. Diffus über den ganzen Körper verbreitetes scharlachrothes Exanthem, das im Gesicht discret stehende, etwas erhabene Flecken bildet, die auf dem übrigen Körper mehr confluiren. In der einen Kniebeuge fehlt die Epidermis in der Ausdehnung einer Hand, das rothe Corium liegt hier blos. Beim Fingerdruck schwindet die Röthe. Sensorium benommen. Puls klein. Temp. ? Gestorben den 25. Febr. 7 Uhr Abends in der Pockenabtheilung. Diagnose: Variola hämorrhagica

3. Katharina Berngrün, 31 Jahr, aufg. den 1. Dec. 1883. Seit 10—14 Tagen fieberhaft krank, erst heute Auftreten des Exanthems. Abort im 3. oder 4. Schwangerschaftsmonat vorausgegangen. Gestern ins Diakonissenhaus, von dort in die Pockenabtheilung heute übergeführt, als das Exanthem sichtbar wurde. Stat. praes. Temp. 38,2. Ernährung mässig. Einige *Pockenpusteln* im Gesicht, ein paar grosse hämorrhagische, livid gefärbte auf den Beinen. Allgemeinbefinden leidlich, Puls kräftig, wenig beschleunigt. Am folgenden Tage, den 2. Dec., collabirt Patientin plötzlich während der Visite und stirbt, 11 Uhr Vormittags. Diagnose: Varila hämorrhagica. Einer der seltenen Fälle, wo schon im Initialstadium Blutungen in die Haut erfolgen und die Kranke noch so lange lebte, bis eitrige Pusteln sich entwickelten, [1]) so dass die Diagnose ganz sicher ist. Leider konnte die Section nicht gemacht werden.

(Schluss folgt.)

Die Tuberculose als Infectionskrankheit.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga d. 21. März 1884.

Von Dr. Krannhals (Riga).

(Fortsetzung).

Nach dem Bekanntwerden der Färbungsmethoden für den Tuberkelbacillus, namentlich des Ehrlich'schen Verfahrens, wurde natürlich allenthalben nach den Organismen gesucht. Die erste grössere Untersuchungsreihe (120 fortlaufend beobachtete Fälle) theilten Balmer und Fräntzel [2]) mit. Sie hatten nicht nur das Vorkommen der Bacillen constatirt, sondern waren auch schon im Stande ihre Untersuchungsresultate in Form mehrerer sicher formulirter Sätze zusammenzufassen. Darnach lässt sich die Prognose eines Falles von Lungentuberculose mit Sicherheit aus der Anzahl und dem Entwickelungsgrade der im Auswurf gefundenen Tuberkelbacillen stellen, bei reichlichen, gut entwickelten Bacillen ist die Prognose schlecht, sie bessert sich bei Abnahme der Bacillenmenge; bei floriden Fällen finden sich ungeheure Mengen von Bacillen im Auswurf; ihre Menge nimmt zu bei Zunahme des Zerstörungsprocesses in den Lungen und erreicht sub finem vitae ihr Maximum; bei sehr langsam verlaufenden fieberlosen oder bei temporär ganz

[1]) Reder in Hebra's Handbuch, von Curschmann citirt in Ziemss. II, 2 pg. 406.

[2]) Berliner klin. W. 1882 № 45.

still stehenden Processen sind die Bacillen nur klein und kümmerlich entwickelt, nicht durchgängig Sporen tragend, bei schnell verlaufenden Fällen mit Fieber, Nachtschweissen etc. sind die Bacillen wesentlich grösser und mit reichlich entwickelten Sporen versehen; Wo im Auswurf von Lungenkranken trotz wiederholter und genauer Untersuchung keine Tuberkelbacillen nachzuweisen sind, bestehe auch keine Lungenschwindsucht.

Diese Balmer-Fräntzel'schen Sätze sind im Grossen und Ganzen gewiss zutreffend, sie können aber nicht als durchschlagende Regeln aufgestellt werden und mussten sich denn auch bald von verschiedenen Seiten die Constatirung von Ausnahmen gefallen lassen. Ziehl [1]) behauptete (gestützt auf die Untersuchung von 73 Fällen) der Nachweis der Bacillen könne wohl für die Diagnose tuberculöser Processe verwandt werden, doch könne man aus der Abwesenheit der Bacillen im Sputum einen tuberculösen Process in den Lungen nicht ausschliessen. Zahl und Entwickelungsgrad der Bacillen geben für die Prognose keinen Anhaltspunct. Den letzteren Satz von der prognostischen Bedeutung hielt nun Fräntzel [2]) in einer weiteren Mittheilung (380 Fälle) in vollem Maasse aufrecht, indem er die Nothwendigkeit sehr exacter Färbung und Benutzung guter Immersionssysteme und Beleuchtungsapparate betonte, während er die Verwerthbarkeit negativer Befunde insofern einschränkte als er sie abhängig machte von der Anwesenheit überhaupt aus den Lungen selbst stammender Sputa und von der Abwesenheit eines etwa vorhandenen aber nicht mit einem Bronchus communicirenden Herdes.

Dass es Fälle geben kann in denen bei tuberculösen Processen in den Lungen bei Untersuchung der Sputa Bacillen vermisst wurden, ist a priori nicht von der Hand zu weisen, es fehlt dann eben jeglicher Herd, jegliches kleine Ulcus der Bronchialschleimhaut, das seine Bacillen nach aussen entleeren könnte. So ist es denn auch garnicht zu verwundern und thut der grossen diagnostischen Wichtigkeit des Suchens nach Bacillen absolut keinen Abbruch, wenn z. B. Demme [3]) bei 2 Fällen von acuter Miliartuberculose Bacillen im Sputum vermisste, trotzdem später bei der Section die kleinen Knötchen von Bacillen strotzten (vergl. auch Lichtheim, Fortschr. d. Med. Bd. I Hft. 1). Die prognostische Bedeutung der Bacillenzahl und speciell der Bacillen*grösse* ist jedoch entschieden einzuschränken, die *Zahl* der Stäbchen hängt von so vielen Zufälligkeiten ab und ihre geringere Grösse deutet vielleicht gerade auf rapide Vermehrung hin wie neuerdings Fränkel [4]) vermuthungsweise aussprach. Hier ist noch ein grösseres Material abzuwarten. Wie Ziehl sprechen sich auch Kredel [5]), Gessler [6]), Fränkel, (l. c.) u. A. aus, während Immermann und Rütimeyer [7]) die Balmer-Fräntzel'schen Angaben bestätigten.

Von besonderem diagnostischen Interesse ist der zuerst von Hiller [8]) erbrachte Nachweis des Vorkommens der Tuberkelbacillen im Auswurf der initialen Haemoptoe. Die Hiller'sche Beobachtung wurde in der Folge bestätigt von Ziehl [9]), Lichtheim, Schäffer [10]), Gessler [11]), Müller [12]), Ballowitz [13]) u. A. Fräntzel [14]) macht darauf aufmerksam, dass die Bacillen der «initialen» Hämoptoe übrigens garnicht aus dem Herde zu stammen brauchen aus dem das Blut kommt, sondern aus einem benachbarten älteren nicht diagnosticirten Herde.

Bedürfen auch die specielleren Fragen über das Verhalten der Bacillen bei den verschiedenen Formen, Stadien und Verbreitungsweisen der Tuberculose noch der weiteren Klärung, so herrscht doch schon jetzt in *einem* Puncte bei allen Autoren [15]) völlige Uebereinstimmung: dass sich die Bacillen in der That nur in Fällen ausgesprochener oder verdächtiger Tuberculose finden, in allen anderen Sputis, mögen sie beschaffen sein, herstammen wie und wo sie wollen — *fehlen*.

Das tuberculöse Sputum blieb nicht lange das einzige Material in dem (zur Vervollständigung oder Entscheidung der klinischen Diagnose) nach Tuberkelbacillen gesucht wurde. In der Folge hat Guttmann [16]) die Stäbchen in tuberculösen Pharynxgeschwüren nachgewiesen, Fränkel bei Ulcerationen im Larynx, Demme bei einem Falle von Ozaena, Eschle [17]) in dem Ausflusse von

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 5.
[2]) Deutsche med. Wochenschr. № 17.
[3]) Berl. klin. Wochenschr. 1883 № 15.
[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1884 № 11.
[5]) Ref. in d. D. m. W. 1883 p. 435.
[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 p. 497.
[7]) Centralbl. f. klin. Med. 1883. 8.
[8]) Deutsche med. Wochenschr. 1882 p. 639.
[9]) Ibid. 1883 № 5.
[10]) Ibid. № 20.
[11]) Ibid. № 34.
[12]) cit. b. Ballowitz.
[13]) Deutsche med. Wochenschr. 1884 № 2.
[14]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 17.
[15]) Balmer und Fräntzel, Guttmann, Dettweiler, d'Espine, Fränkel, Lichtheim, Kredel, Riegel, Bollinger, Menche, Pfeiffer, Roth, Heron, Williams und Dreschfeld, Gessler u. A. m.
[16]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 21.
[17]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 30.

Mittelohreiterungen phthisischer Individuen, ebenso neuerdings Voltolini[1]), Babesin[2]), Rosenstein[3]), Kredel[4]) u. A. fanden die Bacillen in Fällen von Tuberculose der Urogenitalorgane im Harn, im Stuhlgang konnten sie Lichtheim, Cremer und Kredel nachweisen; ob man aus ihrer Anwesenheit in den Ausleerungen jedoch immer auf eine Darmtuberculose schliessen kann, erscheint noch zweifelhaft (verschluckte Sputa)! Schuchard und Krause[5]) untersuchten 40 Fälle sg. chirurgischer Tuberculose und fanden die Bacillen in sämmtlichen Fällen. Es waren dieses Fälle von Synovialtuberculose, Knochentuberculose, tuberculösen Abscessen, Lymphdrüsen, Sehnenscheiden,- Muskel,- Zungen- und Hodentuberculose, Tuberculose der weiblichen Genitalorgane und Tuberculose der Haut. Besonders interessant ist der Nachweis des Tuberkelbacillus in lupösen Hautaffectionen: schon Koch hatte diesen Nachweis geführt; ihm folgte Demme (l. c.), Doutrelepont[6]) (7 Fälle), Schuchard und Krause (2 Fälle); von Pfeiffer und Pagenstecher[7]) wurden lupöse Producte mit Erfolg auf Kaninchen verimpft, so dass die tuberculöse Natur dieser Hautaffection als feststehend anzusehen ist.

Während sich so die Kliniker mit Eifer der Weitererforschung des Tuberkelbacillus annahmen, sind die Koch'schen Untersuchungen bis jetzt noch nicht in *vollem* Umfange nachgemacht worden — wenigstens nicht von einem *exacten* Untersucher. Zu Beginn des vorigen Jahres (1883) erschien in Wien die bekannte Arbeit von Spina[8]) Assistent von Stricker, angezeigt mit pomphafter Reclame als ein «literarisches Ereigniss ersten Ranges» und mit unverhohlener Freude darüber, dass nun «der blaue Glanz der Tuberkelbacillen zu verblassen» beginne. Gegenwärtig dürfte diese Arbeit als abgethan anzusehen sein, die Gerechtigkeit erfordert jedoch ihrer kurz zu gedenken. Spina unternahm angeblich eine *Nachprüfung* der Koch'schen Experimente, die Art und Weise jedoch in der er dieses Unternehmen zur Ausführung brachte, macht es nicht nur unmöglich seinen Resultaten irgendwelche wissenschaftliche Bedeutung beizulegen, sondern lässt sogar vermuthen, dass es sich dabei um nichts weniger als um eine vorurtheilsfreie Prüfung sondern im Gegentheil um ein Unternehmen handelte, welches von vorn herein den Zweck verfolgte Koch zu desavouiren und die Experimente der Früheren in fraglichem Lichte darzustellen. Spina verfuhr bei dem anatomischen Nachweise der Tuberkelbacillen nicht nach den Koch-Ehrlich'schen Angaben sondern gestattete sich ganz unzweckmässige und ungerechtfertigte Abweichungen, bei welchen er zu einem wissenschaftlich verwerthbaren Resultate unmöglich gelangen konnte. Koch[9]) bezweifelt, dass Spina mit den von ihm beliebten Färbungsverfahren überhaupt je Tuberkelbacillen zu Gesichte bekommen hat. Culturversuche stellte Spina auf Blutserum an, das weder genügend sterilisirt (innerhalb weniger Tage traten in ihm Mikrokokken und Stäbchen auf) noch vor dem Austrocknen geschützt war (Erscheinungen von Austrocknung zeigten sich in ihm nach 4 Tagen); mit dem auf die Nährlösung zu übertragenden Impfmaterial wurde «gerade zu haarsträubend» verfahren, wie Koch sich ausdrückt und wie wohl jeder vorurtheilsfreie Leser wird zugeben müssen. Mit dem was unter diesen Verhältnissen in den Culturgläsern wuchs, wurden nun 2 Kaninchen am Rücken subcutan inficirt — das erste starb an Inhalationstuberculose — das zweite jedenfalls nicht an Impftuberculose. Dieses waren die Versuche Spina's, welche die Koch-schen Resultate in Frage stellen sollten. «Das literarische Ereigniss ersten Ranges» war aber nicht allein gegen Koch gerichtet. Spina ist der Meinung, dass solange es nicht gelingt bei Thieren eine Krankheit zu erzeugen die sich klinisch und anatomisch mit der menschlichen Tuberculose vollständig deckt, keine Berechtigung vorhanden ist von dem Thierexperimente Rückschlüsse auf den Menschen zu machen. Wird derartig die Beweiskraft des Thierexperimentes in Frage gezogen so steht es schlimm mit der experimentellen Pathologie überhaupt, da am Menschen nun einmal nicht viel experimentirt werden kann. Wenn Spina der Ansicht ist, dass indifferente Substanzen etc. ebensogut Tuberculose hervorrufen könnten wie die Koch'schen Bakterien, so kann das kaum anders aufgefasst werden, denn als ein *absichtliches* Verkennen der zahlreichen mühevollen Untersuchungen von Cohnheim und Salomonsen, Baumgarten, Tappeiner, Damsch und der anderen schon früher genannten Autoren. Ich verweise in dieser Beziehung auf die zahlreichen Antikritiken, welche die Spina-sche Kritik hervorrufen hat, so die Entgegnungen von Koch, [10]) Baumgarten[11]), Ehrlich[12]), Tappeiner[13]), Damsch[14]), Gessler[15]) u. Andere.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1884 № 2.
[2]) Centrbl. f. d. med. Wissensch. 1883 № 9.
[3]) Ibid. № 5.
[4]) l. c.
[5]) Fortschr. d. Med. 1883 № 9.
[6]) Monatshefte für praktische Dermatologie 1883. Bd. II № 6.
[7]) Protokolle des 2. Congresses f. innere Medicin zu Wiesbaden.
[8]) Studien über Tuberculose. Wien 1883.
[9]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 10.
[10]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 10.
[11]) Ibid. № 14. [12]) Ibid. № 11. [13]) Offenes Schreiben an Dr. Arnold Spina etc. [14]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 17.
[15]) Ibid. № 34.

In einem in der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien gehaltenen Vortrage[1]) vertritt Spina noch dieselben Ansichten.

In mehrfacher Beziehung bemerkenswerth sind die von Watson-Cheyne, dem langjährigen Assistenten Lister's vorgenommenen wenigstens *theilweisen* Nachprüfungen der Koch'schen und Toussaint'schen Untersuchungen. Watson-Cheyne[2]) hatte sich an Ort und Stelle, bei Koch sowohl wie bei Toussaint mit den betr. Methoden bekannt gemacht. Da man noch heute in England auf Grund der Beobachtungen von Bourdon-Sanderson und Wilson Fox vielfach der Ansicht ist, dass man durch rein traumatische Eingriffe bei Thieren Tuberculose erzeugen könne, stellte Watson-Cheyne zuerst in dieser Beziehung unter streng antiseptischen Cautelen Nachuntersuchungen an. Alle diese Versuche ergaben ein vollkommen negatives Resultat: von den 25 Versuchsthieren wurde auch nicht eines tuberculös. Ebenso wenig hatten gelegentlich einer früheren Versuchsreihe durch Krotonöl bei Kaninchen erzeugte käsige Abscesse zu Tuberculose geführt. Toussaint hatte bekanntlich als die Ursache der Tuberculose Mikrokokken bezeichnet. In den Organen der Toussaint'schen Versuchsthiere fand nun Watson-Cheyne die zur Impfung benutzten Mikrokokken *nicht* wieder wohl aber ausnahmslos die Koch'schen Bacillen und zwar oft in grosser Zahl. Mit den Culturen, welche er von Toussaint erhalten hatte, erzielte er lediglich negative Resultate. Ebenso konnte er die Toussaint'schen Mikrokokken nicht züchten. Dementsprechend kommt Watson-Cheyne zu dem Ergebniss, dass Toussaint's Mikrokokken mit der Tuberculose absolut nichts zu thun haben und, dass die vereinzelten positiven Impfresultate desselben darauf beruhen, dass entweder die Culturen selbst vereinzelte Koch'sche Tuberkelbacillen bezw. deren Sporen enthalten hatten oder, dass die nicht genügend desinficirten Instrumente mit denselben verunreinigt waren. Watson-Cheyne stellte ferner mit Culturen, welche er von Koch erhalten hatte, an 12 Thieren Impfversuche an. Sämmtliche Thiere wurden in kürzester Zeit tuberculös. Mit den so erzeugten Tuberkeln konnte er wieder andere Thiere inficiren. Ueber seine Versuche, die Koch'-schen Tuberkelbacillen aus tuberculösen Organen zu cultiviren, wird der Autor später berichten, theilt aber schon mit, dass ihm dieselben ganz im Koch'schen Sinne gelungen seien und dass er somit sämmtliche Resultate Koch's zu bestätigen im Stande sei.

In Deutschland wurde, wie wir gesehen, die Koch'sche Entdeckung sympathisch begrüsst, doch verhielten sich einzelne Autoren auch ablehnend gegen dieselbe. Ich nenne hier Klebs, Schottelius, und Dettweiler. Klebs[3]) glaubte anfangs an die Möglichkeit, dass die Tuberkelbacillen nur Krystalle seien, überzeugte sich aber bald von der mikroparasitären Natur der Stäbchen. *Trotzdem hält* er (l. c.) an der aetiologischen Bedeutung seiner Körnchen fest. Schottelius[4]) hält die Bacillen höchstens für zufällige Begleiter der Krankheit, derselben Meinung ist Dettweiler[5]). Es dürfte nach dem, was ich über die virtuosen Koch'schen Untersuchungen, über die Resultate der früheren Forscher und über das recht ansehnliche klinische Material, welches im Anschluss an die Entdeckung des Tuberkelbacillus bereits bearbeitet worden ist, referirt habe, kaum nöthig sein hier näher auf die Widerlegungen einzugehen, welche die beiden letztgenannten, wie anzunehmen nur temporären, Gegner der neuen Lehre, durch Koch[6]) u. A. erfahren haben. Marchand[7]) bemerkt sehr richtig: «Wenn Jemand sein ganzes Leben hindurch für eine Lehre gearbeitet und gekämpft hat, welche sich schliesslich als irrig erweist, so ist es gewiss hart zu verlangen, dass er ohne Weiteres diese seine Bemühungen als der Hauptsache nach verfehlt betrachtet, und wir können es verstehen, wenn in einem solchen Falle eine offene und rückhaltslose Anerkennung der neuen Thatsache nicht gerade übereilt wird». «Und wer sein Leben lang gewohnt ist selbst zu prüfen und nur Selbstgeprüftes zu glauben wird leicht in die Lage kommen sich gegen Alles seinen Anschauungen heterogene misstrauisch und ablehnend zu verhalten.» In diese Kategorie von Gegnern wird man unzweifelhaft unter manchen anderen Namen von so gutem Klang wie Klebs, Schottelius und Dettweiler stellen müssen.

Andere sich ablehnend verhaltende Aeusserungen der Tuberculose-Literatur beziehen sich mehr auf den anatomischen Nachweis und die eigenthümliche Farbenreaction der Bacillen also nicht gerade auf den Schwerpunct der Koch'schen Arbeit. Bekanntlich war die fragliche Reaction von Koch selbst nur noch bei den sich durch andere Eigenschaften leicht von den Tuberkelbacillen unterscheidenden Leprabacillen gefunden worden. Es erregte daher einiges Aufsehen als Crämer mittheilte[8]) in den Darmausleerungen von 20 verschiedenen Gesunden Bacillen gefunden zu haben, welche sich bei der Ehrlich'schen Färbungsmethode ebenso verhielten wie Tuberkelbacillen. Diese Angaben konnten jedoch durch spätere

[1]) Wiener med. Presse 1883 № 19 und 20.
[2]) Ref. v. Gaffky. Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 28.
[3]) Arch. f. exp. Path. Band VII. I.
[4]) Virchow's Archiv. 91 Heft 1.
[5]) Berliner klin. Wochenschr. 1883. 7 u. 8.
[6]) l. c.
[7]) Deutsch. med. Wochschr. 1883 № 15.
[8]) Sitzungsberichte der physikal-medic. Societ. z. Erlangen. Sitzung d. d. 11. Dec. 1882.

Untersucher (Menche, Gaffky) nicht bestätigt werden und wurden von diesen auf mangelhafte Entfärbung zurückgeführt.

Bologh[1]) fand in anderen Massen Stäbchen von der Reaction der Tuberkelbacillen — nämlich im Sumpfschlamm, stellte mit diesen Inhalationsversuche an, und erzielte Knötchenbildung in den Lungen seiner Versuchsthiere; den Beweis, dass diese Knötchen auch wirklich Tuberkelknötchen gewesen seien und nicht etwa miliare Entzündungsherdchen nicht specifischer Natur, wie sie durch Inhalation der verschiedenartigsten Fremdkörper hervorgerufen werden können, bleibt er jedoch schuldig. Die Frage wäre leicht genug zu entscheiden gewesen. Koch hat sich vergebens bemüht im Schlamm (Berliner Rieseljauche) oder im Stuhlgange nicht Tuberculöser Bacillen von der Reaction der Tuberkelbacillen aufzufinden. Bis jetzt sind es immer noch allein die Leprabacillen. —

Endlich seien noch einige Autoren erwähnt, welche die Eigenartigkeit der Tuberkelbacillen, ja sogar ihre bacilläre Natur überhaupt bezweifeln. So meinte Ephraim Cutter[2]) die Tuberkelbacillen seien garnichts neues, sie seien offenbar nur die «babies» oder eine Embryonalform der Essigbakterien (Mykoderma aceti), welche H. Salesbury schon vor längerer Zeit im Blut, Lungen und Sputum Tuberculöser nachgewiesen habe! Rollin R. Gregg[3]) vermuthet, Koch habe Fibrinfäden, die ja in jedem Tuberkelknötchen vorkämen, für Bacillen gehalten; Schmidt[4]) sieht die Bacillen für an sich schon bläulich gefärbte Fettkrystalle an. Während diese Meinungsäusserungen von jenseits des Oceans zu uns herüber kamen, wollte auch in Deutschland Beneke[5]) die Stäbchen nicht gelten lassen, weil er aus alkoholisch-aetherischen Auszügen gesunden Blutes Gebilde dargestellt hatte, welche das Aussehen und die Reaction der Tuberkelbacillen boten. All' die letztgenannten Autoren schienen ganz übersehen zu haben, dass Koch seine Stäbchen ja nicht allein gefärbt, sondern sie auch auf künstlichen Nährsubstraten sich hatte vermehren lassen, und dass diese Sporen tragenden Gebilde verimpft Tuberculose erzeugten. Sporenbildung, die Fähigkeit sich zu vermehren, bei Verimpfung Tuberculose zu erzeugen, ist aber bis dato weder von Fibrinfäden, noch von Fett- oder anderen Krystallen, noch von Producten aetherischer Blutextracte bekannt.

Die Tuberkelbacillen sind echte Parasiten, welche ohne ihren Wirth nicht zu existiren vermögen, sie sind nicht wie etwa die Milzbrandbacillen nur *gelegentliche* Parasiten, welche gewöhnlich in der freien Natur ihren Entwickelungskreislauf vollenden und nur zeitweilig eine Invasion in den thierischen Körper machen. Die Tuberkelbacillen machen ihren vollen Entwickelungsgang durch (Sporenbildung, Auswachsen der Sporen zu Stäbchen), sie *bedürfen* nicht nur in keiner Weise ein Leben in der freien Natur sondern finden hier auch gar nicht die zu ihrer Vermehrung nothwendigen Bedingungen. Sie wachsen sehr viel langsamer als alle anderen Bakterien, gedeihen nur in Blutserum und Fleischflüssigkeit und, was die Hauptsache ist, *nur* bei Temperaturen von mehr als 30° C. Diese Bedingungen finden sich aber nur im thierischen Körper mit der Stätigkeit vereinigt, die sie ihres *langsamen* Wachsthums wegen bedürfen und fänden sie sich einmal ausserhalb des Körpers, so würde hier sehr bald ein Ueberwuchern der Bacillen durch andere schneller wachsende stattfinden. Da ferner nicht anzunehmen ist, dass eine Umzüchtung ursprünglich unschädlicher Bacillen in Tuberkelbacillen stattfinden könne, nachdem sie in den thierischen Körper gelangt, so bleibt als einzige Quelle der Parasiten eben nur der thierische Körper übrig, aus dem sie mit den Producten der Krankheit die sie erzeugt haben in ungeheuren Mengen ins Freie gelangen. Irgendwo eintrocknend, nicht weiter desinficirt, behalten diese Produkte (die Sputa der Phthisiker) noch sehr lange ihre Virulenz. So fanden Fischer und Schill[6]) lufttrockenes Sputum noch bis zu 186 Tagen virulent, faulendes Sputum bis 43 Tagen (beides möglicherweise noch länger). Erinnern wir uns der bekannten Versuche von Wernich, Buchner u. A. über die Verbreitung von Infectionskeimen durch die Luft, so werden wir einerseits das eintrocknende phthisische Sputum für die Hauptquelle der Infection ansehen und andererseits das fast ausnahmslose Befallen der Respirationsorgane für durchaus selbstverständlich halten. Die Bacillen haften an jenen Millionen leichter Staubtheilchen die aus Bruchstücken von Pflanzenfasern, Thierhaaren, Epidermisschüppchen u. s. w. bestehend die Luft erfüllen und mit jedem Athemzuge in den Körper dringen. Dass die Phthisis nicht noch häufiger ist, dass Menschen, deren Beruf es mit sich bringt sich viel in der Atmosphäre Phthisischer zu bewegen oder die aus anderen Gründen sich der Pflege solcher Kranken hingeben nicht noch unendlich viel zahlreicher inficirt werden als es bis jetzt bekannt ist, das haben wir bei der Ubiquität des Tuberkelbacillus wohl nur seiner geringen Haftbarkeit zu verdanken. Wie bei jeder Infection so ist auch hier mit den zwei Factoren zu rechnen, — dem inficirenden Agens und dem Nährboden, auf den es hingelangt — der individuellen *Disposition* der Körper zu der spec. Erkrankung, — und es fällt dieser zweite Factor hier noch mehr in's Gewicht als, wie wir sahen, der Tuberbacillus sich verhältnissmässig sehr langsam entwickelt und deshalb ausser den Bedingungen: thierische Wärme und thierische Gewebsflüssigkeiten noch ein drittes Moment von Wichtigkeit erscheint — Ruhe, und zwar sowohl rein mechanisch aufgefasst als physiologisch im Sinne eines relativen Unbehelligtbleibens von Seite der thierischenZ elle. (Fortsetzung folgt.)

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1883. I.

[2]) Vergl. D. m. W. 1883 № 10.

[3]) ibid.

[4]) ibid.

[5]) Die erste Ueberwinterung auf Norderney.

[6]) Mittheilungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes. Bd. II. Ref. in d. D. m. W. 1883 № 51. 1884 № 10 u. 11.

Referate.

A. Ssadowen (Kasan): Ueber Kefir. (Wratsch №№ 27 bis 31. 1883.)

Ueber dieses gegenwärtig immer mehr an Bedeutung gewinnende Surrogat des Kumyss macht Vf. eine eingehende, werthvolle Mittheilung, auf literärischen Forschungen und eigenen Erfahrungen basirend.

Die erste Mittheilung über dieses seit Generationen bei den kaukasischen Bergvölkern gebräuchliche Getränk machte bereits 1866 Dshogin in der Kaukasischen medicinischen Gesellschaft, welche die vorgestellten Proben Abel zur genaueren Untersuchung übergab, die jedoch ohne positive Resultate blieb. Im folgenden Jahre berichtete Ssipowitsch ebenfalls über den Kefir, zeigte die Substanz vor und erklärte die Darstellungsweise des Getränkes. Kefir wurde, nach Schablowski, der 1877 eine längere Arbeit darüber im «Wojenno-medizinski Journal» veröffentlichte, damals bereits in den kaukasischen Kumyss-Anstalten therapeutisch verwerthet.

Alle diese Berichte waren soweit in Vergessenheit gerathen, dass Pjässetzki 1881 in der «Gesellschaft russischer Aerzte» über ein *neues* Mittel «Kefir» berichten konnte und Niemand der Anwesenden etwas davon wusste, dass darüber bereits eine Literatur vorhanden. Jedoch erst die Arbeiten von Kern (in botanischer Beziehung) und Dmitriew gaben dem Mittel den gegenwärtigen Aufschwung, so dass bereits eine Reihe von Kefir-Anstalten gegründet worden. Ausser Kern hat auch Prof. Ssorokin die Pilze der Kefirknoten genau untersucht. Sowie Dmitriew hat auch Podwyssozki neuerdings eine Abhandlung über die Bedeutung und den Gebrauch von Kefir veröffentlicht.

In allen diesen Arbeiten ist jedoch die chemische Seite noch wenig beachtet worden, und dieser hat Vf. seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Bei der Umwandlung der Kuhmilch in Kefir findet eine Umsetzung des Milchzuckers in Milchsäure, CO_2 und Alcohol statt, während das Eiweiss sich nicht verändert. Allerdings ist behauptet worden, dass es peptonisirt wird (wenigstens im Kumyss), die Analysen des Vf. ergaben jedoch, dass der Eiweissgehalt selbst bei dem stärkeren Kefir sich als unverändert nachweisen lässt. Die Zersetzung des Milchzuckers geht am ersten Tage am stärksten vor sich und wird dann successive langsamer. So wurden an den ersten 3 Tagen 67% des Zuckers zersetzt, an den 3 folgenden nur 7% u. s. w. Durch Erhöhung der umgebenden Temperatur wird auch die Milchsäuregährung auf Kosten der CO_2 und Alcoholbildung vermehrt und die Milch wird einfach sauer. Daher räth Vf. am ersten Tage die angesetzte Milch lieber kühler zu stellen und zwar womöglich in eine Temperatur von 13° und weniger.

Eingehend spricht Vf. auch über die Bereitung des Kefir. Es giebt bereits eine ganze Reihe verschiedener Bereitungsmethoden, die sich auf 2 Typen zurückführen lassen, und darnach kann man den *Burdjuk-* und den *Flaschen-Kefir* unterscheiden. 1) Der Burdjuk-Kefir, welcher auch den specifischen Geschmack an sich hat, wird nach der Methode der Bergvölker bereitet. Man schüttet je ein halbes Glas frischer Kefir-Pilzmassen auf 1 Glas Milch; Beides wird in einem Burdjuk (Ziegenhautschlauch) oder Glasgefäss gemischt und bei einer Temperatur von 13—16° aufgestellt, wobei von Zeit zu Zeit die Flüssigkeit umgeschüttelt wird. Anfangs senken sich die Pilze auf den Boden, sobald die CO_2entwickelung beginnt, heben sie sich und schwimmen oben. Zu stark darf nicht geschüttelt werden, sonst tritt Butterbildung ein. Nach 24 Stunden ist der Kefir fertig.

2) Der *Flaschen-Kefir*. Auf 1 Theil fertigen Kefir werden 2 Theile Milch genommen und in einer Flasche bei 13—16° R. (Vf. hält 16° für unpraktisch) aufgestellt, wobei anfangs recht häufig, später 3stündlich die Flüssigkeit leicht geschüttelt werden muss. Nach 24 Stunden ist der schwache Kefir fertig; will man stärkeren haben, so lässt man ihn noch 1—2 Tage an einem kühleren Orte stehen. Nach beiden Bereitungsarten hat der fertige Kefir die Consistenz dicken Rahms und hat einen säuerlichen Geschmack, der an ein Gemisch von sauerem Rahm und Buttermilch erinnert.

Die beiden genannten verschiedenen Typen des Kefir zeigen in ihrem chemischen Verhalten eine gewisse Verschiedenheit; im Burdjuk-Kefir dauert die Milchsäuregährung stetig fort, die im Flaschen-Kefir nur in den ersten Tagen vorhanden, worauf die Alcoholgährung prävalirt. So wurden im Burdjuk-Kefir vom Milchzucker am ersten Tage 18% in Milchsäure, 10% in Alcohol und CO_2, am zweiten Tage 8% in Milchsäure und 4% in Alcohol und CO_2 umgesetzt, während im Flaschen-Kefir die Milchsäurebildung am ersten Tage 23%, am

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1883. pg. 711.

[2]) 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg. Ref. in d. D. m. W. 1883 № 49 und 50.

zweiten 6%, am dritten 2% des Zuckergehaltes verbrauchte, dagegen die Alcohol- und CO_2bildung 11% am ersten Tage, am zweiten Tage schon 16% und am dritten Tage 13% des Zuckers. Zum Schluss giebt Vf. eine Reihe ausführlicher Analysen sowohl der frischen Milch, die verwandt wurde, wie auch des Kefir vom ersten bis vierten Tage. Die Analysen wurden nach den Hoppe-Seyler'schen Methoden gemacht.

Vf. zieht aus seinen Untersuchungen die Schlussfolgerung, dass, soweit sich bis jetzt urtheilen lässt, Kefir ein allerdings ausgezeichnetes Surrogat des Kumyss ist, jedoch keinerlei Vorzüge vor demselben besitzt. Dabei sei jedoch in Betracht zu ziehen, dass über die Verdaulichkeit des Kefir noch keinerlei exacte Forschungen vorliegen.

Jedenfalls verdient die Kefirfrage noch weitere Bearbeitung und müssten die vom Vf. bereits begonnenen Versuche mit «trockener Kefirhefe» (getrocknete und pulverisirte Kefirknoten) noch eingehender fortgesetzt werden. P.

J. Georgiewski (Kiew): Klinische Beobachtungen über Kefir. Aus der Klinik des Prof. Mering. (Wratsch №№ 22 und 23.)

G. Struve: Ueber Kefir. Vorläufige Mittheilung. (Wratsch № 23.)

Georgiewski hat seine Beobachtungen an 58 Pat. angestellt, von denen nur zwei sich nach kurzer Zeit weigerten, den Kefir zu trinken; im Allgemeinen trinken die Pat. es lieber wie Kumyss. Das Mittel erweist sich bei verschiedenen Leiden als sehr brauchbar, so namentlich bei Darmkatarrhen, Dysenterie und Lungenleiden. Die Expectoration wird in derselben Weise gefördert wie durch alkalisch-muriatische Mineralwasser. Die Sputa werden flüssiger und können leichter expectorirt werden. Herzkranke dagegen vertragen Kefir entschieden schlecht, selbst bei vorsichtigem Gebrauch (Genuss kleiner Mengen, Entweichenlassen des Gases) treten darnach Dyspnoe und Herzklopfen auf. Die angeblich nach Kefirgebrauch eintretende Vermehrung der Harnquantität beruht nur auf vermehrter Flüssigkeitszufuhr, denn, wie G.'s Parallelversuche mit Genuss entsprechender Mengen von Milch und Wasser zeigten, war darnach die Zunahme der Harnmenge dieselbe wie nach Kefir.

G. fasst seine Resultate folgendermaassen zusammen:

1) Kefir vermehrt die Harnquantität, jedoch ausschliesslich in Folge erhöhter Flüssigkeitszufuhr.

2) Kefir ist nützlicher als Milch bei verschiedenen Oedemen und hängt dieses wahrscheinlich von dem durch Kefir schnell bewirkten Unterschiede der endosmotischen Aequivalente des Blutes und der Parenchymflüssigkeiten ab, wodurch die Aufsaugung letzterer beschleunigt wird.

3) Das specifische Gewicht des Harnes fällt unter dem Einfluss des Kefirgebrauches, die absolute Menge der festen Bestandtheile pro die steigt jedoch.

4) Der Stickstoffwechsel im Körper wird beschleunigt.

5) Das Körpergewicht der Pat. nimmt zu.

Während G. den therapeutischen Erfolg des Kefirs besprochen, hat Struve die Frage vom chemischen Standpuncte behandelt und versucht, über den Kefirpilz einige Klarheit zu schaffen. In 100 Theilen an der Luft getrockneter Kefirpilze fand S.:

Wasser	11,21%
Fette	3,99 »
Peptone (in Wasser löslich)	10,98 »
In NH_3 lösliche Albuminate	10,32 »
In Aetzkali lösl. »	30,39 »
Unlösliche Bestandtheile	33,11 »
	100,00%

Die 33,11% unlöslicher Bestandtheile erwiesen sich unter dem Mikroskop als ein Gemenge von Hefepilzen und den von Kern als Dispora caucasica beschriebenen Bacterien. Nur selten fand man vereinzelte Ketten von Leptothrix und Oidium lactis.

Bei dem nach Podwyssozki's Angabe dargestellten Kefir erhielt S. beim 1tägigen kaum nennenswerthen Bestand an festen Bestandtheilen (nachdem das Kaseïn entfernt), beim 2tägigen 0,05%, beim 3tägigen 0,22%. Diese festen Bestandtheile enthielten, wie S. mikroskopisch nachwies, ausschliesslich nur Gährungspilze (Hefen), von Bacterien war keine Spur vorhanden.

S. kommt zum Schlusse, dass der Bildung des Kefir-Gährungspilzes ein besonderer Wachsthumsprozess der Hefepilze im Bindegewebe des Burdjuk (Ziegenlederschlauch) zu Grunde liegt, wobei die freie Ausscheidung der gebildeten CO_2 behindert ist. Die specifische Form der Kefirpilze wird durch die zurückgehaltene CO_2 bedingt. Die Bacterien — Dispora caucasica Kerni — sind nichts weiter, wie Reste des Bindegewebes (?) des Burdjuk[1]). P.

[1]) Da uns keine eigenen Untersuchungen zu Gebote stehen, so können wir uns auch keinerlei Meinungsäusserung über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der specifischen Pilze in dem nach Podwyssozki's Methode bereiteten Kefir erlauben. Dennoch scheint uns die Annahme Struve's nur wenig Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, und zwar aus folgenden Gründen: 1) Die allem Anscheine nach genauen und sorgfältig angefertigten Abbildungen Kern's lassen in dem Beschauer wohl kaum einen Zweifel darüber aufkommen, dass man es mit stäbchenförmigen, endständige Sporen tragenden Bacterien zu thun habe, nicht aber mit in Zerfall begriffenem Bindegewebe; 2) Kefir wird nicht nur in ledernen, aus Ziegen- oder Schaafsfellen verfertigten Schläuchen bereitet, sondern auch in eichenen Gefässen, welch' letztere eine besondere conische Form haben mit breitem Boden und schmälerer Spitze, in der sich die Oeffnung befindet; 3) dass die Kefirpilze künstlich zum Verkauf gezüchtet werden, ist bekannt, und zwar verwenden die mit diesem Handel sich beschäftigenden Personen zur Züchtung mit Vorliebe die oben erwähnten abgestumpft-kegelförmigen eichenen Gefässe, weil man die Beobachtung gemacht haben will, dass gerade in solchen der Kefir-Pilz ganz besonders gut gedeihe und rasch wachse. Kefir-Pilze sind jetzt überall in Russland, d. h. in allen grösseren Städten käuflich zu haben; die Kaukasier geben aber ihre heiligen Pilze nur sehr ungern her; daraus lässt sich wohl mit Sicherheit schliessen, dass die weitaus grösste Menge der im Handel vorkommenden Kefir-Pilze künstlich gezüchtet sein muss. Von einer künstlichen Züchtung zerfallenden Bindegewebes und Vermehrung desselben durch ungezählte Generationen wird wohl kaum im Ernste die Rede sein können. — Red.

Cornillon: Ueber diabetische Neuralgien. (Rév. de med. 1884 № 3).

Verf. analysirt 22 (20 fremde und 2 eigne) Fälle von diabetischer Neuralgie und stellt als differentiell-diagnostische Unterschiede folgende Merkmale auf. Die Schmerzen treten plötzlich, ohne Vorboten, und sehr häufig (3—4 Mal am Tage) auf, sind besonders Nachts äusserst heftig, ergreifen meist symmetrische, einzelne Nervenzweige und verschwinden nur bei antidiabetischer Behandlung; leiser Druck vermehrt, starker vermindert den Schmerz. Das causale Moment ist noch nicht sicher festgestellt, es scheinen Gicht, Urämie und Glykämie eine wichtige Rolle zu spielen. Die Entstehung der Schmerzen führt C. auf eine temporäre Reizung des Rückenmarks zurück. Die Prognose früh erkannter Fälle ist eine gute, bei veralteten aber wegen bereits eingetretener Atrophie und Anästhesie eine schlechte. Die einzig mögliche Behandlung besteht in einer antidiabetischen Therapie. Hz.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Nauheimer Sprudel- und Sprudelstrombäder von Dr. A. Schott und Dr. Th. Schott. (Sep.-Abd. aus d. Berl. klin. Wochenschrift 1884. № 19).

— Andreas Saxlehner's Hunyadi Janos Bittersalz-Quelle. Chemische Beschaffenheit, physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung d. natürlichen Hunyadi-János Bitterwassers. — Selbstverlag, Budapest.

— Die Veränderungen der Pulscurven in der pneumatischen Kammer von G. v. Liebig. (Sep.Abd. aus der «Deutsch. med. Wochenschr.» 1884. № 19).

— Ein Fall von «spastischer» amyotrophischer Bulbärparalyse, complicirt mit amyotrophischer Lateralsclerose von H. Blumenthal. Inaug.-Diss. Dorpat 1884.

— Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Kiel herausgegeb. von Dr. F. Esmarch. II. Vorschläge zur Beseitigung der Drainage für alle frischen Wunden von Dr. G. Neuber. III. Die Methode des Unterrichts an der chirurg. Klinik der Universität Kiel. Vortrag, für die Praktikanten der Klinik, gehalten bei der Eröffnung derselben von Dr. F. Esmarch. — Mit 8 Beilagen, Lipsius & Fischer. Kiel 1884.

— Congrès périodique international des sciences médicales. — VIII. session. — Règlement et programme. — Copenhagen 1884.

— Address on practical médicine by John Schoemaker. — Philadelphia 1884.

— Ueber das biliöse Typhoid. — Vortrag gehalten auf dem VII. Congress russischer Aerzte und Naturforscher in Odessa von N. Ljubimow. — St. Petersburg 1884. (russ.)

— Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XIII. Congress. (Beiblatt zum «Centralblatt für Chirurgie» 1884. № 23).

— Beilagen zu den Protokollen der Charkowschen medicin. Gesellschaft für 1882. II. Lief. Charkow 1884. Dasselbe für 1883. — Ibidem. (russ.)

— Beiträge zur Kenntniss der Chinidin- (Conchinin) Resorption nebst Berücksichtigung seines forensisch-chemischen Nachweisses von A. Hartge. Inaug.-Diss. Dorpat 1884.

— Protokoll der II. periodischen Versammlung der Kiewschen Naturforscher, 3. März 1884. (russ.)

— Einige Worte über die Blinden im Allgemeinen und die im Kaukasus im Speciellen von Dr. M. Reich. — Sep.-Adb. aus d. «Protokoll der Jahressitzung der Kaukasischen med. Gesellschaft». Tiflis 1884. (russ.)

— P. Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie. — Ins Russische übersetzt unter der Redaction und mit

Anmerkungen versehen von Dr. Tauber. VII. (letzte) Lief. — K. Ricker. St. Petersburg 1884. (russ.)

Vermischtes.

— Für die Fahrt in die kaukasischen Bäder ist der Fahrpreis von den Eisenbahnen der 2. Gruppe um 30% herabgesetzt.

— *Verstorben*: In Moskau der Professor der Physiologie am Kasanschen Veterinär-Institut, Dr. Nawalichin, plötzlich am 1 Juli; 2) der Arzt des Kogasmanschen Bezirks Olerow. (Wr.)

— In der chirurgischen Klinik des Prof. Bardeleben in Berlin ist vor Kurzem der *erste Versuch einer Aether-Narcose per rectum* in einem Falle von Sarcom des Unterkiefers gemacht. Die Narcose gelang vollkommen, wenn auch eine längere Zeit (c. 25 Min.), als dies bei der sonst üblichen Chloroformirung der Fall zu sein pflegt, erforderlich war. Einige Tage darauf bekam jedoch der Patient eine heftige Dysenterie und ging bald kachektisch zu Grunde. Die von Prof. Virchow gemachte Section ergab, abgesehen von metastatischen Sarcomen in den Eingeweiden, eine intensive Diphtherie des ganzen Dickdarms, die, wie Virchow annehmen zu müssen glaubt, Folge der Aetzwirkung des Aethers war, da jedes andere ätiologische Moment fehlte. (A. m. C.-Ztg.)

— Wir haben in der vorigen № mitgetheilt, dass Prof. Schnitzler als Delegirter der österreichischen Regierung mit Rücksicht auf die drohende Choleragefahr die *Vertagung des bevorstehenden internationalen Congresses* in Kopenhagen beantragt hat. Der Generalsecretär des Congresses Prof. Lange hat nun an Prof. Schnitzler ein Schreiben gerichtet, aus welchem hervorgeht, dass das Präsidium des Congresses an einen nachtheiligen Einfluss der Cholera auf den Besuch des Congresses nicht glaubt, vielmehr eine zahlreiche Betheiligung der Aerzte aller Länder erwartet. «Wir sind hier sehr sanguinisch», heisst es in dieser Zuschrift, welche Prof. Schnitzler in seiner «W. med. Presse» abdruckt, «und hoffen ganz sicher, dass die Cholera sich, wie in den letzten Decennien ja immer der Fall gewesen ist, auch diesmal localisiren wird. Jedenfalls sind wir überzeugt, dass Prof. Koch ein viel zu kluger Mann ist, als das er alles das gesagt haben sollte, was ihm die (französischen) Zeitungen zuschreiben. Selbst unsere französischen Collegen melden auch in diesen letzten Tagen in immer grösserer Zahl ihre Theilnahme am Congresse; wir dürfen dann ganz sicher hoffen, dass unsere österreichischen Collegen sich auch nicht abhalten lassen werden, was wir ausserordentlich bedauern würden»...

— Von der indischen Regierung ist, wie verlautet, in Calcutta eine *Commission niedergesetzt*, welche die von Koch begonnenen Forschungen bezüglich der Cholera fortsetzen soll. Aus England soll ein hervorragender Mikroskopiker zur Theilnahme an diesen Arbeiten berufen werden.

— Die Situation in Toulon und Marseille ist unverändert geblieben, jedenfalls ist keine Zunahme an Choleratodesfällen constatirt. Dagegen breitet sich die Epidemie in der Umgegend dieser Städte aus. Aus Arles und Aix wird eine Zunahme an Choleraerkrankungen gemeldet.

— Dr. Dornblüth (Deutsch. med. Wochenschr. № 29) bespricht in einem beachtenswerthen Artikel die *Behandlung der Cholera*. Heute zu Tage, wo man nach Koch den Commabacillus als Ursache der Cholera annimmt, müsse man es als verkehrt erklären, denselben durch Verminderung der Darmausscheidungen und Darmbewegungen mittelst Opiate im Körper zurückhalten zu wollen, vielmehr müsse man darnach trachten, ihn herauszubringen. Zu diesem Zwecke sei schon theoretisch dasjenige Mittel am meisten gerechtfertigt, welches neben der darmentleerenden Wirkung zugleich desinficirende, pilztödtende Eigenschaften besitzt — das *Calomel*. Die Empfehlung des Calomel ist nicht neu. Sowohl englische Aerzte in Ostindien als auch deutsche Aerzte, z. B. Pfeuffer, haben dasselbe dringend empfohlen und Verf. selbst hat davon so häufig gute Erfolge gesehen, dass er nach Versuchen mit anderen Mitteln immer wieder darauf zurückgekommen ist. D. empfiehlt bei der Cholera-diarrhoe anfangs einmal oder mehrmals 0,5 (8 Gran) später aber öfter wiederholte kleinere Dosen 0,05—0,1 zu geben. Natürlich müsse individualisirt und sowohl die Natur, als auch der Verlauf der Krankheit beachtet werden, um weder zu viel noch zu wenig zu thun. Im Stadium algidum müssen Reizmittel gegeben werden; als Beruhigungsmittel gegen das stürmische Erbrechen dienen Eispillen, kalte kohlensäurehaltige Getränke, Champagner und feurige Weine. Vorzüglich wirken auch warme Vollbäder. Die von vielen Seiten empfohlenen subcutanen Morphiumeinspritzungen hält D. für unschädlicher und wirksamer, als die innerlich gereichten Opiate. Ebenso erklärt er den Versuch, durch subcutane oder sogar intravenöse Salzwassereinspritzungen die gefährliche Bluteindickung zu bekämpfen, für durchaus rationell. Bf.

Berichtigung. In № 7 der russ. und poln. Bibliographie pag. 30 ist unter dem Capitel Hautkrankheiten für den Artikel von *Jablonowski* als Quelle anzuführen: Prz. lek. № 20 u. 23.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 8. Juli 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2277	1605	3882
Kinderhospitäler	95	85	180
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	162	61	223
Scharlach	4	6	10
Pocken	5	7	12
Venerische Krankheiten	299	413	712

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 7. Juli 1884 besucht von 2829 Kranken, darunter zum ersten Mal von 957.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 8. bis 14. Juli 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
291	219	510	109	79	75	13	7	16	46	48	35	33	28	18	1	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 10, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 4, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung der Athmungsorgane 51, Lungenschwindsucht 65, andere Krankheiten der Brusthöhle 7, Gastro-intestinal-Krankheiten 133, andere Krankheiten der Bauchhöhle 21, angeborene Schwäche und Atropia infant. 39, Marasmus senilis 21, Cachexia 19.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	22—28 Juni	181 732	86	9	24,6	10,4	34,2
Kopenhagen	25 Juni—1 Juli	267 000	123	14	24,0	11,3	41,6
Berlin	29 Juni—5 Juli	1 225 065	770	77	32,4	10,0	33,5
Wien	29 Juni—5 Juli	759 849	351	20	24,1	5,7	33,9
Brüssel	22—28 Juni	171 293	80	10	24,4	12,5	31,6
Paris	27 Juni—3 Juli	2 239 928	991	143	23,0	14,4	29,8
London	29 Juni—5 Juli	4 019 361	1508	230	19,6	15,2	31,8
St. Petersburg	**6 — 12 Juli**	**928 016**	**549**	**69**	**30 7**	**12,5**	**30,3**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 20 Іюля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 30. **St. Petersburg, 28. Juli (9. August)** **1884.**

Ueber die Wiederbelebungsversuche bei Chloroformtod, insbesondere über die dabei angewendete Elektricität.

Von

Dr. med. Egbert Braatz,

prakt. Arzt in Libau.

(Schluss).

Zu beachten ist ein fernerer Umstand, welcher geeignet ist, in einer so schrecklichen Lage, wo vielleicht wegen einer geringfügigen Operation ein Menschenleben in der höchsten Gefahr schwebt, den letzten Schimmer der Hoffnung nicht schwinden zu lassen: das ist die langerhaltene Erregbarkeit der Rumpfmusculatur.

Durch diese langerhaltene Erregbarkeit wird es möglich, selbst den Todten ausgiebige Respirationsbewegungen machen zu lassen.

So leiht der Schein in diesen Augenblicken bangster Erwartung der Illusion Vorschub, als habe man es mit noch Lebensfähigen zu thun, als brauche man in dieser drohenden Gefahr noch nicht alle Bemühungen als unnütz aufzugeben. Sind auch die früheren Versuche ohne Resultat geblieben, die elektrische Erregbarkeit ist ja noch nicht geschwunden.

Doch der Faradismus besorgt nur die halbe Respiration, die andere Hälfte muss durch Compression des Thorax hinzugefügt werden, wenn man nicht nach dem Rathschlag der Elektrotherapeuten auch zur Contraction der Bauchmusculatur den Inductionsapparat benutzen will. Weswegen man diesen Umweg einschlagen und nicht anstatt dessen lieber einfach einen Druck mit der Hand ausüben soll, ist unerfindlich. (Es ist nur ein Glück, dass die Musculi pterygoidei, welche das Vorziehen des Unterkiefers besorgen, so versteckt liegen, sonst wären wir gewiss analog dem obigen Rathe mit einer Methode bedacht, sie zum Lüften des Unterkiefers zu elektrisiren, anstatt diesen mit dem bekannten Handgriff hervorzuziehen).

Die Compression zur Beförderung der Exspiration ist ebenso angelegentlich empfohlen, als fleissig geübt. Es kann also die mechanische Compression unter Umständen wieder gut machen, was die elektrische Reizung versäumt oder verdorben und mancher Erfolg auf Rechnung der ersteren kommen, wobei diese nur als unterstützende Manipulation figurirte. Linhart, Nussbaum, Esmarch, König haben die Compression der Brust besonders hervorgehoben und ihren günstigen Einfluss dem mechanischen Reiz zugeschrieben, welcher dadurch auf das Herz ausgeübt wird. Die Experimente von Böhm geben diesen Rathschlägen eine gute Stütze.

Nussbaum schildert die Hilfe in einer ernsten Chloroformtodesgefahr folgendermassen: «In ganz schlimmen Fällen ist die Zunge bereits weit hervorgezogen, der Mund gross aufgesperrt, und es dringt dennoch keine Luft ein. Dann schwebt der Kranke in der grössten Gefahr, wenn nicht sogleich die künstliche Respiration eingeleitet wird. Die Augen sind bewegungslos, matt. Die Pupillen weit, alle Prominenzen und Extremitäten kühl, die Farbe der Mundschleimhaut dunkelblau, hässlicher Schaum steht zwischen den Lippen, klebriger, kalter Schweiss bedeckt die ganze Hautoberfläche, der Puls und Herzschlag sind klein oder ganz verschwunden.

Die erste Minute muss ernstlich benützt werden, denn wird sie mit Fensteröffnen, Anspritzen, Reiben oder gar mit Anschreien und Riechmitteln etc. unnütz vertragen, so ist das Leben verloren, wenn auch später, in der nächsten Viertelstunde nach und nach das rationellste Verfahren eingeleitet wird.

Die Zunge soll möglichst weit herausgezogen, der Mund gross offen erhalten werden, damit nicht die hervorgezogene Zunge und die darauf aufgebissenen Zähne und Lippen den Zutritt versperren. Nun wird alle 3—4 Secunden der Thorax und Bauch stark aber langsam comprimirt, um durch Hinauftreiben des Zwerchfells und Verengung des Thorax die Luft aus den Lungen auszupressen. Am Besten geschieht dies mit 2 flachen Händen, wovon eine auf das untere Sternal-Ende, die andere auf den Nabel gedrückt wird.

Sobald die Hände den Druck nachlassen, was ziemlich rasch geschehen darf, dringt vermöge der Elasticität der comprimirten Organe Luft in die Lungen; und wiederholt man dieses Manöver 3 oder 4 Mal, so verändert sich schon die blaue Farbe der Lippen in eine rothe, und bald kommen selbständige Athemzüge und kehrt deutlicher Herzschlag

und Puls zurück. So lange der Kranke in Gefahr ist, darf mit der Operation nicht fortgefahren werden. Auch traue man den ersten wieder erscheinenden Athemzügen nicht zu viel, denn kaum wird die künstliche Respiration ausgesetzt, so tritt oft der vorige unglückliche Zustand wieder ein.

Eine Methode der künstlichen Respiration ist es aber vor allen, welche nach unserem Dafürhalten dazu berufen ist, hier in erster Linie zu stehen, dass ist die Schüller'sche. Schüller greift von oben her mit beiden Händen unter den rechten und linken Rippenbogen, zieht denselben in die Höhe und drückt sie wieder abwärts gegen die Bauchhöhle. Um die Bauchdecken zu erschlaffen, müssen die Beine durch einen Assistenten oder durch ein unter die Kniekehlen geschobenes Kissen in Hüft-Kniebeugung gehalten werden. Mit dieser Methode beherrschen wir den Thorax in vorzüglicher Weise und können dabei ausgiebig das Herz comprimiren, zumal wenn wir die Daumen stark nach dem Sternum hin abduciren. Ferner können wir die Anfangs arrhythmisch wiederkehrenden spontanen Athembewegungen leicht und sicher nach Belieben vertiefen. Da wir manchmal nicht erst lange untersuchen können, ob zunächst das Herz oder die Lungen vorherrschend bedroht sind, so müssen wir eine Methode anwenden, die für beide Fälle gleich gut passt. Und dieses leistet in so hervorragender Weise nur die Schüller'sche. Wir hatten in einem Fall von schwerer Cyankalivergiftung, der günstig verlief, selbst Gelegenheit, uns von der Vorzüglichkeit dieser Methode zu überzeugen.

Einen besonderen Gebrauch von dem Inductionsstrom macht bei dem Chloroformscheintod Wilhelm Koch l. c.: «Ein Erfolg beim Menschen und eine Reihe von Thierversuchen veranlassen mich, ein mir in der Theorie bisher noch nicht verständliches Verfahren zu empfehlen, welches den spontanen Wiedereintritt und Fortgang der Athmung noch herbeiführte, als sich die bisher angeführten Methoden der künstlichen Respiration, namentlich die elektrische Phrenicus- und Zwerchfellsreizung in dieser Richtung vollkommen machtlos erwiesen hatten. Ich führte die beiden Pole des Inductionsapparates, ohne dieselben irgendwie zu armiren, also den Kupferdraht selber, tief in die Nasenlöcher und liess in die Nasenschleimhaut durch 10—20 Secunden recht starke Stromschleifen einbrechen. Mehr oder minder schnell erfolgte eine angestrengte In- oder Exspiration und der selbständige Fortgang der Athmung, nachdem die Reizung ein oder mehrere Male in Wiederholung gekommen war». Ohne mich auf die Werthschätzung dieses «einen Erfolges» weiter einzulassen, will ich hier nur darauf hinweisen, dass das Verfahren sich ganz und gar nicht mit den Resultaten in Uebereinstimmung bringen lässt, wie sie Holmgren, Dogiel und Kretschmer aus ihren Versuchen erhalten haben.

Holmgren[19]) fand bekanntlich, dass Chloroform bei alleiniger Einwirkung auf die Nasenschleimhaut, während das Thier durch die Trachealcanüle reine Luft athmete, plötzlich Stillstand der Respiration und Verlangsamung der Herzaction bewirkte, Dogiel[20]) sah dabei das Herz in minutenlangen Stillstand gerathen und Kretschmer[21]) ermittelte, dass nicht nur Chloroform, sondern auch Ammoniak, Alcohol, Essigsäure etc. mechanische Reizung bei Einwirkung auf die Nasenschleimhaut, Stillstand der Respiration in Exspirationsstellung und was uns hier zunächst interessirt, Verlangsamung oder Stillstand der Herzaction zur Folge hatten. Alle drei genannten Forscher constatirten, dass nach Durchschneidung des Trigeminus diese Phänomene nicht eintreten, sie also durch diesen Nerv vermittelt werden.

Dem entsprechend sollte man doch meinen, dass die Koch-sche Methode viel eher geeignet sein müsste, ein gesundes Herz zum Stillstehen zu bringen, als ein auf demselben Wege durch Reflex gelähmtes wieder in Gang zu bringen. Als sicher ist weiter anzunehmen, dass solche Reize für das zartere Menschenherz noch weit verderblicher sein müssen, als für das widerstandsfähigere Thierherz. Der Koch'sche Erfolg bei seinem Patienten wird daher vorläufig nur als ausnahmsweiser Glückszufall gelten müssen und sein Verfahren hat kein Recht auf Anempfehlung. So recht eigentlich passt vielmehr auf dasselbe der Schlusspassus jener Stelle aus der v. Bergmann'schen Rede, die wir oben anführten.

Die letzte Methode, wiederzubeleben, führt uns kurz auf die soviel angewandten Reizmittel bei unserem üblen Ereigniss in der Narcose. Sansom warnt vor der energischen Anwendung der Reizmittel. Kappeler spricht ihnen allerdings nur eine secundäre Bedeutung zu. Koch hält von den Reizmitteln, mit Ausnahme seiner eigenen Methode, mit Recht wenig. Böhm empfiehlt im ersten Anfange der Syncope kalte Uebergiessungen. Aber sie werden doch ziemlich häufig angewandt, so namentlich Ammoniak unter die Nase gehalten, gar nicht zu gedenken des Schlagens mit nassen Tüchern, Anwendung von Brenneisen auf die Sohlen u. s. w. Während man es doch beim Shock allgemein für verboten hält, zu operiren, glaubt man bei der Chloroformsyncope erst dann seine Pflicht gethan zu haben, wenn man alle möglichen Reize der Reihe nach erschöpft hat. Dadurch wird die Aufmerksamkeit des Arztes abgelenkt und die kostbarste Zeit unwiederbringlich verloren. Böhm's Experimente bieten in dieser Richtung viel Belehrendes.[22]) Es ist, glaube ich, endlich an der Zeit, dagegen stricten, principiellen Standpunct zu nehmen und alle derartige Manipulationen streng zu verbannen. Treten die ersten bedrohlichen Symptome in der Narcose auf, so sei der erste Griff des Arztes, dem Patienten sofort die Zunge energisch hervorzuziehen und wenn die Luftwege ganz frei sind, beginne er augenblicklich mit der Schüller'schen künstlichen Respiration. Natürlich soll er dann nicht in Hast aus allen Kräften darauf los arbeiten, sondern in Stärke und Rhythmus der Athembewegungen möglichst den natürlichen Typus nachahmen. Am Schlusse der Compression wird vortheilhaft ein kürzerer stärkerer Druck hinzuzufügen sein, um besonders auf das Herz einzuwirken.

Von allen übrigen Massnahmen sollte zunächst Abstand genommen, namentlich auf den Inductionsapparat ganz verzichtet werden. Nur gegen die Inversion lässt sich nichts einwenden. Sie könnte in der Dauer von einigen Secunden zwischenein gemacht werden, wenn die künstliche Respiration im Gange ist. Ihr Zweck ist ebenfalls indirecte Compression des Herzens durch die gegen die Brusthöhle fallenden Eingeweide.

Wir haben gesehen, wie wenige von den stattgehabten Chloroformanfällen von den Aerzten veröffentlicht und wie mangelhaft dieselben beschrieben sind. Was die Unlust betrifft, diese Fälle der Oeffentlichkeit zu übergeben, sollte man auf dieselbe nicht im Interesse der Sache Rücksicht nehmen und sollte man nicht nach einem Modus suchen, der diese Schwierigkeit aus dem Wege räumte?

Als die Jodoformvergiftungen sich einst zu häufen anfingen und es wünschenswerth war, sämmtliche Fälle dieser Arzt zu kennen, schlug König in so taktvoller Weise den praktischen Weg ein, dass er Zusendungen darüber sammelte, die Mittheilungen, wie zum Theil gewünscht war, ohne Namensnennung der Einsender, zusammenstellte und so für die Wissenschaft verwerthete.

Könnte dasselbe nicht auch in unserer Frage geschehen? Erfolgreicher als ein Einzelner könnte diese grosse Arbeit ein zu dem Zwecke gebildetes Chloroformcomité verrichten.

[19]) Virchow und Hirsch, Jahresbericht u. s. w. 1867. Referat von Th. Husemann.

[20]) Ueber die Wirkung des Chloroforms auf den Organismus der Thiere, Archiv für Anatomie und Physiologie 1866.

[21]) Wiener Med. Sitzungsberichte Bd. LX 1870.

[22]) l. c. p. 85. «Es zeigt sich ferner auch hier, dass die sicheren Zeichen des Lebens um so später wiederkehren, die Wiederbelebungsversuche also um so länger fortgesetzt werden müssen, je längere Zeit beim Beginne der letzteren seit dem Herzstillstand bereits verflossen war».

In England hat es vor 20 Jahren ein solches Comité gegeben, das sowohl in experimenteller als statistischer Hinsicht viel Verdienstvolles geleistet hat. Sehr förderlich für das Studium des Chloroforms wäre es, wenn sich ähnliche Comités jetzt constituirten. Nur dann wäre eine einheitliche und systematische Ausbeutung der Erfahrungen aller Aerzte denkbar. Wenn ein solches Comité nur einige Monate oder auch ein Jahr besteht, ist damit wenig erreicht. Auf die Dauer Bedeutendes ist nur von *einem permanenten Chloroformcomité* zu erwarten. Die Initiative dazu ginge am besten von klinischen Lehrern aus. Das Chloroformcomité oder die Chloroformcomités müssten sich dann mit einem Fachblatt in dauernden Connex setzen. Kräftige Unterstützung müsste einem solchen Unternehmen, das einen so wichtigen Zweck verfolgt, ferner auch der Staat zu Theil werden lassen.

Sicher käme dann neues Leben in unsere so ernste und vielfach noch so dunkle Frage.

Die Anonymität der Veröffentlichungen würde dann immer seltener werden, die Aerzte würden dann, durch die Gemeinsamkeit der Arbeit ermuthigt, sich allmälig eher dazu entschliessen, ihre Unfälle der collegialischen Kenntnissnahme ihrer Berufsgenossen zu übergeben. Schon damit hätten wir einen guten Schritt vorwärts gethan. Geben wir die Hoffnung auf diese günstige Wendung der Sache nicht auf!

Die Pocken im Allgemeinen Krankenhause zu Riga 1883–1884.

Von

M. Treymann,
Ordin. Arzt der Infections-Abtheilung.

(Schluss).

Die folgenden Fälle sind ausgezeichnet durch das von Th. Simon zuerst genau beschriebene «hämorrhagische oder petechiale Initial-Exanthem.» und den trotz alledem leichten Verlauf.

1. Rebecca Baron, 16 J. alt, aufg. den 21. Mai 1883, genesen entlassen den 8. Juni. Krankheitsdauer 19 Tage. Bei der Aufnahme 5 Tage krank. Als Kind geimpft: 2 deutliche Narben auf dem rechten Oberarm. Stat. praes. Ernährung gut. Pockenpusteln in sehr geringer Anzahl im Gesicht, auf der Brust, den Händen, Beinen, Füssen und in der Oberbauchgegend. Das ganze Hypogastrium ist mit feinen petechienartigen, blassvioletten, sehr dicht stehenden Hauthämorrhagien bedeckt, die sich beiderseits symmetrisch bis zu den Achselhöhlen hinaufziehen, die Nabelgegend und das Epigastrium freilassend. Nach 6 Tagen sind sie geschwunden. Die höchste Körpertemperatur betrug an 2 Abenden 38,0 C., sonst immer normal. Das Allgemeinbefinden gar nicht gestört.

2. Wilhelmine Pultron, 48 J., aufg. den 13. Febr. 1884, entlassen den 31. März, nach 47 Tagen. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass der eigentliche Pockenprocess schon am 22. Febr., nach 23 Tagen, abgelaufen war, dass kein Suppurationsfieber sich einstellte und der langdauernde Aufenthalt im Krankenhause nur durch die allgemeine Schwäche der Kranken bedingt war. Bei der Aufnahme ist Patientin 7–8 Tage krank, mit Fieber und Kopfweh. Seit gestern *heftige Rückenschmerzen* und das Erscheinen eines rothen fleckigen Ausschlags auf dem Unterbauch und den Oberarmen. Heute morgen ein Ausschlag im Gesicht. *Initialstadium = 7–8 Tage.* Patientin ist angeblich als Kind einmal geimpft. Stat. praes. Mittlere Ernährung. Kleine schwache Impfnarben auf dem linken Oberarm. Haut trocken, heiss. Temp. 39. Auf der Unterbauchgegend etwa stecknadelkopfgrosse Petechien, die ungefähr eine Handbreit unterhalb der Ligam. Poupart. hinabreichen und hier auf einer ganz weissen, reinen Haut sich befinden (Oberschenkeldreiecke Simon's). Von dem Ligam. Poup. bis etwa eine Handbreit oberhalb der Nabellinie sind die Petechien spärlicher und stehen auf einem erythematösen Grunde, der von blassrother Farbe und nicht diffus ist, sondern etwa 10—20 kopekengrosse Inseln darstellt, dazwischen immer reine Haut freilassend. Auf den Achselfalten und in den Achselhöhlen ebenfalls ziemlich dichtstehende Petechien ohne Erythem. Sie bedecken auch den untern äussern Theil der Haut der Scapulae und die Haut über dem oberen Theil des M. biceps beiderseits. Im Gesicht finden sich eine *geringe Anzahl* kleiner flacher Papeln, ebenso auf den Armen und Händen. Milz nicht vergrössert. Puls 108, kräftig.

14. Febr. Die Petechien und das Erythem sind auf dem Bauch etwas höher gerückt. Auf dem Rumpf sind Papeln aufgetreten.

15. Febr. Das Erythem und die Petechien sind blasser geworden. *Aus einzelnen der letzteren in den beiden Oberschenkeldreiecken haben sich kleine nicht gedellte Pusteln entwickelt.* Die Papeln und Pusteln sind im Gesicht sehr zahlreich, confluirend, ebenso auf den Armen. Auf dem harten Gaumen eine Menge kleiner Pusteln. Starke Schlingbeschwerden.

16. Febr. Die Petechien sind geschwunden. An den Oberschenkeln sind aus ihnen lauter kleine Pusteln geworden. In den Achselhöhlen sind sie abgeblasst mit Hinterlassung kleiner pigmentirter Flecke. In der Unterbauchgegend sind fast gar keine Pusteln aufgetreten. Das Gesicht ist geröthet, geschwellt, dicht mit confluirenden, aber sehr kleinen Pusteln bedeckt.

17. Febr. Das Gesicht abgeschwollen, die Pusteln sind ganz klein, beginnen einzutrocknen.

18. Febr. Die Pusteln bleiben klein, durchschnittlich stecknadelkopfgross. Auf den Beinen eine Menge Petechien, aus denen sich überall kleine Pusteln entwickeln. Ein Theil derselben ist deutlich hämorrhagisch.

21. Febr. Die Pusteln sind überall eingetrocknet. Auf der Unterbauchgegend noch blassrothe, z. Th. confluirende Flecke, die als Ueberbleibsel der Hauthämorrhagien noch nach einem Monat sichtbar sind. Die Temperatur hatte sich nur einmal auf 40° erhoben und blieb seit dem 17. Febr. normal. Die späteren Steigerungen gehören nicht hierher. Hiermit war der Pockenprocess beendet und die anfangs wegen der heftigen Rückenschmerzen, des hämorrhagischen Exanthems, der Confluenz der Pocken und der hämorrhagischen Pusteln auf Variola vera gestellte Diagnose musste in Variolois abgeändert werden. Interessant ist das lange Initialstadium und der Nachweis der Pustelentwickelung aus den Hauthämorrhagien. Schon Simon macht darauf aufmerksam, dass die von Petechien bedeckten Partien, namentlich die Unterbauchgegend durchaus nicht immer von Pocken befreit bleibe, wie einige Forscher behaupteten.

3. Katharina Nockus, 30 J. alt, aufg. d. 3. April 1884. Am 13. April vollkommene Euphorie, nur sind auf dem Gesicht und den Händen noch zahlreiche Borken. Patientin ist am 28. März erkrankt. Keine Kreuzschmerzen, kein Nasenbluten, keine Kopfschmerzen, stets Kälte- und Hitzegefühl gehabt. Am 30. *heftiges Jucken* in der linken Achselhöhle und auf den seitlichen Partien des Abdomen. Hierselbst gewahrte Patientin am 31. eine diffuse Röthe. Gegen Mittag des 2. April Auftreten von Papeln zunächst auf dem Unterleibe, dann im Gesicht. Pat. ist als Kind geimpft worden. Deutliche Impfnarben. 14 Tage vor dem Beginn der Erkrankung hat Pat. mehrfach mit einem an «Windpocken» erkrankten Individuum zu thun gehabt. Stat. praes. Temp. 39,0. Gute Ernährung, Gravida im Beginn des 6. Monats. Ueber den ganzen Körper ist dicht eine Eruption von *Papeln und Pusteln* verbreitet, meist discret, im Gesicht hin und da confluirend, auch am Halse. Gesicht und Unterleib sind am stärksten betroffen, am geringsten die Hände und unteren Extremitäten. An einigen Stellen (Schultern. Rücken, Unterschenkeln) beginnt *das Centrum der Pusteln einen hämorrhagischen Charakter anzunehmen* (blaugefärbte Dellen). In der linken Achselhöhle, an den seitlichen Partien des Abdomen, rechts in der Ausdehnung zweier Handflächen, links nur einige rubelgross, diffuses Erythem, innerhalb dessen *sehr kleine blassviolette, dichtstehende Petechien.* An diesen Stellen ist eben noch *starkes Jucken.* Herz und Lungen normal.

4. April. Halsschmerzen, Schlingbeschwerden. Auf dem Gaumensegel und der hinteren Rachenwand kleine Pusteln.

5. April. Oedem der Augenlider. 6. April. Oedem aller Gesichtstheile. Der Inhalt der zum Theil confluirenden, zum Theil hämorrhagisch gewordenen Pusteln wird eitrig.

11. April. Beginnende Eintrocknung der Pusteln. Gutes Allgemeinbefinden. Die Kindsbewegungen werden ebenso stark und häufig wie früher empfunden. Patientin geht umher, hat guten Appetit. An den oben bezeichneten Stellen petechialen Exanthems (vorzugsweise linke Achselhöhle und rechte seitliche Bauchgegend) *schiessen aus den kleinen Petechien sehr kleine bis linsengrosse Eiterpusteln auf,* die nicht gedellt sind. Sie stehen äusserst dicht.

4. Alexei Matwejew, 22 J., aufg. den 23. Nov. 1883. Seit 4 Tagen krank, mit *heftigen Kopf- und Rückenschmerzen.* Heute ist zuerst ein Ausschlag bemerkt worden. Initialstadium = 3 Tage. Patient ist einmal als Kind geimpft, hat deutliche Impfnarben. Stat. praes. Temp. Abends 40. Ernährung gut. Sensorium frei. Die Haut des Patienten ist mit Petechien auf erythematösem Grunde besetzt. Die meisten sind von Stecknadelkopfgrösse, sehr dicht gestellt und bilden auf der Vorderfläche des Rumpfes ungefähr die *Figur eines Schmetterlings,* dessen Leib von der Symphyse bis zum Proc xiphoid. reichen würde. Die unteren beiden Flügel würden bis unterhalb des Ligam. Poupart. auf die Oberschenkel übergehen (Oberschenkeldreiecke Simon's), die oberen bis zur Schulter über die Haut der beiden M. Pectoral. major. ausgebreitet sein (Oberarmdreiecke), seitlich wäre die Grenze der Flügel durch die hintere Axillarlinie gegeben. Besonders dicht stehen die Petechien in den Achselhöhlen. *Der Rücken ist ebenfalls dicht mit Petechien besetzt.* In der Nähe der unteren Scapularwinkel findet sich symmetrisch je ein grösserer, circa 3 Cent. langer und 1 Cent. breiter Blutaustritt. Im Gesicht findet sich je ein vom Unterkieferwinkel vor dem Ohr bis zur Haargrenze hinaufziehender 2 Finger breiter erythematöser Streifen. Auf beiden Füssen ein ebensolcher vom Malleolus int. bis zum Hallux reichender Streifen. Im Gesicht ca. 20 Papeln, klein,

an der Spitze grösstentheils schon Bläschenbildung zeigend. Spärliche Papeln auch auf dem Rumpf und den Armen. Auf den unteren Extremitäten fast nichts. *Die Milzdämpfung etwas vergrössert*, die Milz nicht palpabel. Puls kräftig, 96. Urin blassgelb, eiweissfrei. Kopfweh. Die Temp. sinkt am folgenden Tage auf 39,2, 38,8, am 25. Nov. auf 37,8, Abends auf 37,0 und hiemit ist Patientin eigentlich genesen. Wegen der heftigen Rückenschmerzen, der Milzvergrösserung und des weitverbreiten hämorrhagischen Exanthems — der Patient sah in der That wie getigert aus — wären wir berechtigt gewesen, eine Variola vera zu diagnostiren. Es war in der That die denkbar leichteste Variolois. Am 25. Nov. war das Erythem abgeblasst. Es erschien noch auf jedem Unterschenkel an der Vorderfläche, etwa eine Handbreit über dem Fussgelenk jederseits symmetrisch ein neuer circa 3 Kopeken grosser Blutaustritt und mehrere Papeln auf den Unterschenkeln. Guter Allgemeinzustand und Appetit.

26. Nov. Im Gesicht, auf dem Rumpf und den Armen haben sich die Papeln in kleine Pusteln verwandelt.

27. Nov. Auf den *Ober-* und *Unterschenkeln* sind alle spärlichen kleinen Pusteln *deutlich hämorrhagisch geworden*. Petechien abgeblasst. Puls 72, kräftig. Temperatur seit 3 Tagen normal. Nach 22-tägiger Krankheitsdauer wird Patient am 14. December 1883 aus der Pockenahtheilung entlassen. Der Verlauf stimmt im Gegensatz zu Hebra und Curschmann mit Simon's Ausgaben überein, welcher das hämorrhagische Initial-Exanthem der Pocken prognostisch für irrelevant hält. Ein ähnliches ausgedehntes Exanthem habe ich vergeblich in der Pocken-Literatur gesucht.

Von grossem Interesse ist Th. Simon's Erklärungsversuch, der in der Behauptung gipfelt, dass das «hämorrhagische Initial-Exanthem» eine vasomotorische Neurose sei, auf einer paretischen Affection der vasomotorischen Nerven des betreffenden Gefässbezirks beruhe [1]), die sich folgendermassen vertheilen:

1) Die Gegend des Oberbauches wird von den *4 untersten Intercostal-Nerven* versorgt, deren Ausbreitungsbezirk das ganze Epigastrium von der 8. Rippe jederseits abwärts bis zur Nabellinie umfasst.

2) Der Unterbauch wird *vom vorderen Aste des Ileo-hypogastricus* (der hintere verzweigt sich in der Haut der Nates) versorgt: sein *oberer Zweig* breitet sich von der Nabellinie bis zum Ligam. Poupart., der *untere* über den Mons Veneris aus.

3) Die *äusseren Aeste des Ileo-inguinalis* versorgen die Schenkelbeuge und die obere vordere Innenfläche der Oberschenkel (Oberschenkeldreiecke). Hier ist die Grenzscheide des Nervengebiets des Stammes und des der unteren Extremitäten.

4) Die Achselhöhle und die Gegend des Musc. pectoral. major sammt einem Theil des Oberarms entsprechen dem Gebiet des *äusseren Astes vom 2. Intercostal-Nerven*, der sich nicht nur in der Achselhöhle ausbreitet, sondern auch einen Zweig zur innern Fläche des oberen Drittheils vom Oberarm sendet (Oberarmdreiecke).

Schon 1864 hat Christ. Aug. Voigt in seiner Schrift: «Beiträge zur Dermato-Neurologie nebst der Beschreibung eines Systems neuentdeckter Linien der Oberfläche des menschlichen Körpers» 3 Verästelungsgebiete geschildert und abgebildet: 1) das *vordere*, welches aus den Endverzweigungen der vorderen Aeste der Kopf- und Rückenmarksnerven versorgt wird, 2) das *seitliche*, welches von deren Seitenzweigen innervirt wird, und 3) das *hintere*, in welchem sich sämmtliche hintere Aeste aller Rückenmarksnerven ausbreiten. Simon weist darauf hin, wie die Ausbreitung des Initial-Exanthems den Voigt'schen Abbildungen durchaus entspricht, und zwar fast immer mit dem *vorderen* und *seitlichen*, selten mit dem hinteren Verästelungsgebiet Voigt's zusammenfällt. Auf alle *3 Gebiete* erstreckt sich offenbar das Exanthem unseres Falles «Matwejew», wobei zugleich durch die beiden systematischen 3 Cent. langen Hämorrhagien unter Scapularwinkeln die Grenze zwischen seitlichem und hinterem Gebiet markirt ist, welche auch Simon als solche bezeichnet, nämlich etwas hinter der hinteren Axillarlinie durch eine vom unteren Schulterblattwinkel zum Trochanter gezogene Linie (l. c. pg. 543). Simon's Erklärung ist für mich überzeugend. Er und Knecht erwähnen wiederholt der ähnlichen Verbreitung des Herpes Zoster (l. c. pg. 187 seq.). Bei dem Fall «Matwejew» kam mir sofort ein exquisiter Fall von Herpes Zoster graviditatis (Herpes gestationis nach Bulkley) in Erinnerung, den ich im Jahre 1876, ohne die 1872 erschienene Arbeit Simon's zu kennen, in № 36 der Petersb. med. Wochensch. veröffentlicht habe. Er betrifft *einen in 3 auf einander folgenden Schwangerschaften wiederkehrenden Herpes Zoster*, der sich ebenso wie das Exanthem des Matwejew über alle 3 Verästelungsgebiete Voigt's ausbreitete und mir wegen seiner eigenthümlichen symmetrischen Anordnung derartig auffiel, dass ich mich damals der Worte bediente: «man hätte nach der Ausbreitung der Herpesbläschen den Hautnerven-Verlauf studiren können.» Als ich meine damalige Beschreibung des Herpes Zoster jetzt durchlas, war ich frappirt von der augenscheinlichen Uebereinstimmung, die gewiss noch genauer wäre, wenn ich die Grenzen damals mehr präcisirt hätte. Abgesehen von der stärkeren Affection des Gesichts und Halses (Nervi subcutan. colli infer. und die vorderen Nervi supraclaviculares, sowie die hinteren Aeste des 7. und 8. Cervical-Nerven) ist die Uebereinstimmung der Oberarm- und Oberschenkeldreiecke und das relative Fernbleiben des grössten Theils der Extremitäten auffällig genug.

Verstärkt wird meine Ueberzeugung von der Richtigkeit der Simon'schen Deutung durch die von Ziemssen beobachtete und ebenso erklärte Symmetrie der Exantheme bei Meningitis cerebrospinalis epidem. [1]) und *die symmetrische Anordnung der gleichgearteten blassvioletten Petechien beim Typhus recurrens*. Sie ist mir sowohl wie andern Aerzten schon seit längerer Zeit aufgefallen. Die regelmässige Vertheilung der fast nur bei Recurrens in solcher Häufigkeit auftretenden Petechien und ein exquisiter Fall von petechialem Exanthem in der letzten hiesigen Recurrens-Epidemie erhebt es für mich über allen Zweifel, dass es sich hiebei nicht um eine Purpura pulicosa, wie ich mit Anderen lange Zeit geglaubt habe, handelt, sondern um ein *characteristisches hämorrhagisches Recurrens-Exanthem*, welches bei Recurrens ebenso häufig, wie das Variola-Exanthem selten ist. Die Recurrens-Petechien unterscheiden sich übrigens von den Variola-Petechien 1) dadurch, dass sie meist etwas grösser und viel weniger dicht gestellt sind, und 2) dadurch, dass sie meist einen grösseren Verbreitungsbezirk haben. Auch die Recurrens-Petechien findet man oft über das Epigastrium und Hypogastrium zerstreut, aber ebenso oft an den Vorderarmen und Unterschenkeln, an Schultern und Rücken *symmetrisch vertheilt*, selten (wie ich es neulich in einem Fall, der letal endete, gesehen habe) über den ganzen Körper diffus verbreitet und von beträchtlicher Grösse (3—4 Mal so gross). Noch seltener, aber einige Male sicher beobachtet, sind die bei Recurrens vorkommenden symmetrisch vertheilten, flächenhaft ausgebreiteten hellrothen Hauthämorrhagien, welche auch wiederum an den Matwejew'schen Pockenfall erinnern. Die Exantheme beider Krankheiten seien hiermit der Beachtung der Collegen als interessante Vorkommnisse bestens empfohlen.

Riga, am 14. April 1884.

[1]) Archiv für Dermatol. u. Syph.: Knecht pg. 170 seq., Simon pg. 541 seq., Bd. IV.

[1]) Ziemssen Bd. II, 2 pg. 515 seq.

Die Tuberculose als Infectionskrankheit.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga d. 21. März 1884.

Von Dr. Krannhals (Riga).

(Fortsetzung und Schluss).

Wie es unter den Thieren Species giebt, welche sich überaus leicht durch tuberculöses Material inficiren lassen (z. B. Kaninchen), während andere Species (z. B. Ratten, Hunde) nur schwer tuberculös gemacht werden können, so giebt es bekanntlich auch unter den Menschen Gruppen von Individuen, die das in sich aufgenommene Tuberkelvirus leichter und ungestörter sich entwickeln lassen, als es bei anderen der Fall ist; bei ihnen ruft gelegentliche Aufnahme

der Parasiten eine tödtliche Erkrankung hervor, während bei der Mehrzahl es gar nicht zur Infection kommt, sondern das Gift, ehe es noch festen Fuss fassen kann, schon wieder ausgeschieden oder zerstört wird. Es ist eine uralte Erfahrung, dass die weitaus grösste Mehrzahl der tuberculös Erkrankten (wenn nicht alle) aus den Reihen der sog. Scrophulösen, Chlorotischen, Anaemischen stammt. Das Wesen dieser Constitutionsanomalien ist bis jetzt noch sehr wenig erforscht, über ihre Beziehungen zur Tuberculose weiss man nur sehr wenig mehr als was die tägliche Erfahrung lehrt. Nach Rindfleisch scheint ein Missverhältniss der Blutmenge zum Körpergewicht ein fundamentales Ingrediens der Scrophulose zu sein. Hiermit geht Hand in Hand eine Abnormität der gesammten Vegetation, welche sich namentlich in einem besonderen Ablauf der Entzündungen ausspricht, deren Charakter ebenfalls bedingt wird durch ein gewisses Missverhältniss des zu ernährenden und in entzündlichem Fluss zu erhaltenden Parenchyms und des mangelhaften Turgors der Gefässe. Um ähnliche Verhältnisse wird es sich bei der Chlorose und gewissen anämischen Zuständen handeln. Formad glaubt nachgewiesen zu haben, dass die Lymphspalträume des Bindegewebes bei Scrophulösen enger seien und leichter durch desquamirendes Endothel abliterirt würden als bei Nicht-Scrophulösen.

Während man früher fast allgemein die erbliche Uebertragung der Phthisis annahm, ist die Heredität derselben in neuerer Zeit bekanntlich sehr verschieden aufgefasst worden, die einen behielten die ältere Ansicht von der Vererbung der Tuberculose als solcher bei, die anderen (z. B. Traube) betonten, dass nicht die Tuberculose selbst, sondern nur die Disposition zu derselben erblich sei. Gegenwärtig scheint die Mehrzahl der Autoren, welche sich überhaupt über diesen Punct geäussert haben, der letzteren Anschauung zu sein (Marchand, Ziemssen, Lichtheim, Koch, Fränkel, Lorey u. A.). Lorey[1]) begründet seine Ansicht von der Nichtexistenz einer congenitalen Tuberculose durch die Beobachtung, dass ihm trotz zahlreicher Sectionen von Kindern aus den ersten Lebenswochen keine käsigen Bronchialdrüsen vor dem 2. Monat vorgekommen sind, sondern diese Kinder, auch wenn sie von tuberculösen Eltern stammten, den Sectionsbefund der Atrophie boten; 2) dass Kinder, deren Mütter bald nach der Niederkunft der Tuberculose erliegen, nicht selten, wenn sie in günstigen Verhältnissen und gesunder Umgebung leben, erhalten werden und sich zu kräftigen Individuen entwickeln, während Kinder, welche von tuberculösen Eltern stammen und in engem Verkehr mit denselben bleiben, besonders häufig der käsigen Bronchialdrüsenentartung und ihren Folgen erliegen. Die Möglichkeit einer congenitalen Erkrankung des Fötus, ähnlich wie bei der Syphilis, den Pocken, ist nicht von der Hand zu weisen. «Thatsächlich kommt sie aber bei der Tuberculose nicht oder wenigstens höchst selten vor und die wenigen noch dazu nicht ganz sicheren Fälle lassen sich mit grösster Wahrscheinlichkeit auf tuberculöse Erkrankung der weiblichen Genitalien zurückführen» (Marchand[2]), oder betrafen (wie die Fälle von Demme) Kinder in den ersten Wochen, wobei wir noch nicht wissen, ob nicht das von diesen Kindern erreichte Alter schon hinreichte, Verkäsung an den Localisationen der vielleicht sofort nach der Geburt aufgenommenen Tuberkelbacillen hervorzurufen. Baumgarten[3]) plaidirt für die Heredität der Tuberculose, legt jedoch nach Marchand's (l. c.) Ansicht zu viel Gewicht auf die intrauterine Uebertragung. Auch die Beobachtungen, welche gelegentlich der vielfachen experimentellen Untersuchungen gemacht wurden, zwingen uns von einer intrauterinen Tuberculose abzusehen. Von Koch's Versuchsthieren, die nicht selten vor oder nach der tuberculösen Infection trächtig wurden, wurden niemals Junge geworfen, welche bereits vor der Geburt tuberculös waren. Als die *Regel* wird man also, meiner Ansicht nach, die *extrauterine* Infection ansehen müssen. Ausnahmen können diese Regel nur erhärten. Wir werden dabei festhalten müssen, dass eine solche Infection auch *unbedingt nöthig* ist, damit ein scrophulöses Individuum tuberculös werde; Scrophulose an sich *ohne* Infection von aussen kann nach dem gegenwärtigen Stande der Frage *nie* zur Tuberculose führen. Zu erkennen jedoch, dass eine Infection stattgehabt habe, dass der Körper einen tuberculösen Herd beherberge, dürfte wohl erst dann möglich sein, wenn Krankheitsproducte der Untersuchung auf Bacillen zugänglich sind. Rein klinisch haben wir hier keine Anhaltspuncte — wenigstens vorläufig. So wird z. B. die «scrophulöse Rhinitis» bald rein scrophulös, bald tuberculös sein können. Nach Fränkel's[4]) Untersuchungen gehört die Mehrzahl der eitrigen Nasenkatarrhe der Kinder der Scrophulose an, wenigstens hat er in dem Secrete derselben bei typisch scrophulösen Formen, auch solchen mit Ausschlägen der Haut, bisher Bacillen nicht finden können. Dieselben Erfahrungen hat Demme[5]) gemacht. Andererseits hat derselbe Autor bei einem hereditär nicht belasteten Knaben, welcher als Pflegesohn von einem Manne aufgenommen worden war, der an acuter Lungenphthise litt, wiederholt Bacillen im Nasensecret nachweisen können. Ferner ist es noch fraglich, wieviel von den

[1]) 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 № 15.

[3]) Ztschr. f. klin. Med. Bd. VI.

[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1883 p. 711.

[5]) 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg. Ref. in der Deutschen med. Wochenschr. 1883 № 49 u. 50.

käsigen oder vereiternden scrophulösen Drüsen der Tuberculose zuzurechnen seien. Koch giebt an, nur in 2 von 3 daraufhin untersuchten derartigen Fällen die Bacillen aufgefunden zu haben, Fränkel hat in 5 Fällen im Abscesseiter scrophulöser Drüsen keine Bacillen entdeckt. In bereits verkästen Organen sind allerdings die Bacillen nur sehr spärlich vorhanden und können oft nur mit Mühe in der Peripherie der Käseherde aufgefunden werden, wie das namentlich die Untersuchungen von Schuchard und Krause lehren. Die Frage, ob *jede* käsige «scrophulöse» Drüse bereits eine tuberculöse ist, harrt also noch der Entscheidung. Ebenso sind über die scrophulösen Hautausschläge bis jetzt so gut wie gar keine Untersuchungen in dieser Beziehung angestellt worden.

In der scrophulösen Constitution haben wir eine fast ausschliesslich *angeborene* Disposition des Körpers zu tuberculöser Erkrankung vor uns. Worin dieselbe besteht, ob vielleicht in einer besonderen Art der Zellen auf gewisse Reize zu reagiren, ob in einer gewissen Trägheit dieser oder jener Stoffwechselvorgänge etc. wissen wir nicht. Eine individuelle Disposition kann aber auch *erworben* werden durch bestimmte äussere Lebensverhältnisse, so durch Erkrankung sonst ganz Gesunder an gewissen Infectionskrankheiten so vor Allem durch den Maserprocess, seltener durch den Keuchhusten u. s. w.; es ist ferner von jeher bekannt, wie sehr physisches und psychisches Elend, der Mangel an genügender Nahrung, frischer Luft, gesunder Wohnungen u. s. w. durch Reducirung der Constitution eine solche Disposition hervorzurufen im Stande sind. (Vergl. z. B. die Angaben von Bär über die Frequenz der Phthisis in Gefängnissen und die sich an diesen Vortrag knüpfende Discussion in dem Berliner Verein f. inn. Med.[1])

Wir müssen ausser einer allgemeinen Disposition noch eine *locale* der einzelnen Organe unterscheiden. In der grossen Mehrzahl der Fälle von Tuberculose erfolgte die Aufnahme der Bacillen, wie schon erwähnt, durch den Respirationsapparat — bei jungen Kindern erkranken die Bronchialdrüsen — bei Erwachsenen die Lungenspitzen primär, man wird den Bronchialdrüsen eine Prädilection, den Lungenspitzen der Erwachsenen eine Disposition zuschreiben. Diese Disposition kann nur durch den Umstand bedingt sein, dass etwa inhalirte Tuberkelbacillen in den Spitzen der Lungen günstigere Existenz und Vermehrungsbedingungen vorfinden als in anderen Theilen des Organs. In dieser Beziehung dürften die von Rindfleisch schon vor Entdeckung der bacillären Natur der Tuberculose geltend gemachten Momente auch jetzt noch vollkommen zu Kraft bestehen bleiben — mangelhaftere Luftbewegung, schwierigere Entfernung etwa hier angesammelten Secretes, relative Blutarmuth in den Lungenspitzen. Wir finden hier also auch die Bedingungen wieder, die ich oben betonte — Ruhe sowohl im Sinne eines leichteren Liegenbleibens als im Sinne eines relativen Unbehelligtseins durch die thierischen Zellen. In dem Habitus phthisicus oder richtiger dem Habitus prädisponens ad phthisin haben wir eine Körperconfiguration vor uns, die in der Summe ihrer mechanischen Effecte für die Lungenspitzen von der unglücklichsten Bedeutung ist. Durch ihn werden die schon ohnehin ungünstiger situirten oberen Lungentheile noch mehr beeinträchtigt.

Man ist vielfach noch jetzt der Meinung, dass der *Darmcanal*, namentlich bei kleinen Kindern eine der häufigsten Eintrittspforten des Tuberkelgiftes ist; es ist dieses nach den neuesten Zusammenstellungen ein Irrthum. Sowohl für den Erwachsenen als für das Kind, ja selbst für das erste Lebensjahr[2]) (Demme l. c.) überragt die Inhalationstuberculose die Ernährungstuberculose. Die Uebertragung der Tuberculose (Perlsucht) des Melkviehs auf die Menschen durch den Genuss der rohen Milch derart erkrankter Thiere ist zwar beobachtet worden, scheint aber ein seltener zu sein (4 Mal unter 1932 Fällen von Tuberculose, die Demme aus den Protokollen des Berner Kinderspitals zusammengestellt hat). Bei einer kritischen Sichtung der Versuche über Fütterungstuberculose fand Biedert[3]) unter 548 Fütterungen 21,5 % positive, 67 % negative und 11,5 % zweifelhafte Erfolge. Die relativ geringe Zahl der positiven Erfolge wird durch eine Reihe von Einwänden über Versuchsmängel (Fehlen von Controlthieren, infectiöse Ställe, Infection durch Verletzungen oder Einbringen in die Luftwege bei gewaltsamer Fütterung etc.) in ihrem Werthe noch mehr geschwächt; ebenso bieten die Erfahrungen der Praxis fast nichts in dieser Beziehung — die *Möglichkeit* bei einem Falle von Ebstein, die Wahrscheinlichkeit bei den schon genannten 4 Fällen von Demme. Ohne allen Belang bleiben nach Biedert Beobachtungen, wie die von Johne, Uffelmann etc. Dagegen sind gewichtige Beobachtungen von Unschädlichkeit perlsüchtiger Nahrungsmittel im Einzelnen von Pütz, Perroncito und an ausgedehnteren Gruppen von Individuen von Bollinger Göhring, Schottelius, Semmer und Biedert anzuführen. «Es ist also die Gefahr für Infection des Menschen durch den Darmcanal jedenfalls keine sehr dringende». Letzterer wird geschützt nicht nur durch die beständige Wiederausscheidung seines Inhaltes — die Verdauungssäfte sind nach Falk[4]) hier nicht von Belang — sondern auch durch den Widerstand seines Gewebes und Epithels,

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1883. pg. 387.

[2]) Vergl. die Protokolle der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg, Pädiatrische Section. Referat in der D. m. W. 1883 № 49 und 50.

[3]) l. c. und Jahrb. f. Kinderheilk. 1884.

[4]) Falk. Virchow's Arch. 93.

und ein Ueberwinden dieses Widerstandes scheint uns möglich nach vorheriger Erzeugung von Läsionen in jenem durch unzweckmässige und schädliche Ingesta. Ueberdies werden etwaige in der Milch enthaltene Perlsuchtskeime, wie die Versuche von Aufrecht und von May (Bollinger) lehren, durch einfaches Aufkochen der Milch zerstört. Dass Infection der Säuglinge durch Milch unter der Form Tabes mesaraica bisher häufig vorgekommen sei, hält Biedert nach dem Vorstehenden für wenig wahrscheinlich und wird ferner widerlegt durch die Heilbarkeit der betr. Affection und das Fehlen der Tuberkelbacillen in den Stuhlgängen, was Biedert wiederholt hat constatiren können.

Ein Hineingerathen von Tuberkel- resp. Perlsuchtsbacillen in die Milch ist nur dann möglich, wenn die Brustdrüsen selbst erkrankt sind. Ueber einen solchen Fall berichtet Bollinger[1]) (Euter einer perlsüchtigen Kuh) und ist früher schon von Kolessnikow gefunden worden, dass die Mamma bei Perlsucht der Rinder in Mitleidenschaft gezogen werden kann. In neuerer Zeit werden für die weibliche Brustdrüse einschlägige Fälle von Dubar[2]), le Dentu[2]), und von Ohnacker[2]) mitgetheilt. Bis vor nicht allzulanger Zeit glaubte man noch, die Brustdrüse erfreue sich einer gleichen Immunität, wie man sie etwa für das Pankreas, die Speicheldrüsen, die Schilddrüse annahm. In den Zusammenstellungen von Frerichs[3]), ist in der tabellarischen Uebersicht der Erkrankungshäufigkeit der einzelnen Organe bei chronischer und acuter Tuberculose die Brustdrüse überhaupt garnicht aufgeführt. Jedenfalls ist die Erkrankung sehr selten und dementsprechend die Gefahr, welche einem Säugling speciell durch die *Milch* der tuberculösen Mutter oder Amme erwächst, verschwindend gering gegen diejenige in welcher er sich beständig durch das eintrocknende oder in diesem Falle so leicht *direct* übertragbare Sputum derselben befindet. Die perlsüchtige Kuh, von der möglicherweise die Milch stammt, mit der ein künstlich aufzuziehendes Kind gefüttert werden soll, ist unendlich weniger zu fürchten als die tuberculöse Kinderfrau, die ihm das Saugfläschchen herrichtet.

Einer der Lieblingssitze anscheinend primärer Tuberculose sind ferner — wenigstens für das Kindesalter — die Knochen und Gelenke. Doch gerade in Bezug auf die genannten Körpertheile bedarf der Modus der tuberculösen Infection noch sehr der Aufklärung. Für eine Reihe von Localisationen dürften die von Rupprecht (Dresden) als Eintrittspforten angesehenen *Sinnesorgane* in Betracht kommen. Dieser Theorie schliesst sich neuerdings Sprengler[4]) im Allgemeinen an.

Was die «primäre» Erkrankung oberflächlich gelegener Lymphdrüsen anbetrifft, so weist Koch[5]) auf die Möglichkeit hin, dass Kratzwunden, Hautausschläge u. s. w., in welche zufällig Tuberkelbacillen gerathen sind, die Eingangspforten für die Infection bilden könnten, von wo aus die Bacillen in den Lymphbahnen weiter geführt werden und in die Drüsen gelangen. Wenn dann die ursprüngliche Infectionsstelle wieder geheilt ist, gewinnt es den Anschein als ob sich der Krankheitsprocess primär in den Drüsen entwickelt hätte.

Was nun die allgemeine *Therapie* der Tuberculose anbetrifft, so hat diese aus der Erkenntniss der bacillären Natur der in Rede stehenden Krankheit bis jetzt noch keinen directen Nutzen gezogen. Ich unterlasse es absichtlich über das in den beiden letzten Jahren Empfohlene zu referiren, um so mehr als die hier und dort mit vereinzelten oder vorübergehenden Erfolgen angewandten Mittel (z. B. das Arsen) zur Tuberculose speciell als Infectionskrankheit in keiner directen Beziehung stehen, es sei denn, dass wir uns den bekannten Ausführungen Buchner's anschliessen, wozu jedoch kein genügender Grund vorliegt. Unsere schwachen Versuche gegen diese furchtbare Krankheit werden, wo sie zum Ausbruch gekommen ist, vorläufig wie bisher in einem mit allen zu Gebote stehenden Mitteln *roborirenden Verfahren* bestehen. Die Tuberculose gehört ferner, wie schon anzunehmen war, nicht zu der Gruppe von Infectionskrankheiten, denen durch eine etwa noch zu entdeckende reelle Methode praeventiver Impfung zu begegnen wäre — das einmalige Ueberstehen einer tuberculösen Invasion schützt nicht nur nicht vor einer Reinfection, sondern disponirt, falls eine solche stattfindet, gerade zu um so schwererer Erkrankung. Es ist das durch die experimentellen Untersuchungen Falk's[6]) festgestellt worden. Also auch in dieser Beziehung haben wir nichts zu erhoffen. Wohl aber eröffnet sich uns in Bezug auf die *Prophylaxe* ein weites Feld segensreichster Thätigkeit. Wenn die Ueberzeugungen der Infectiosität der Tuberculose auch schon *vor* der Entdeckung der Bacillen für jeden Vorurtheilsfreien feststand, so glaube ich doch dass man erst *nach* ihrer Entdeckung, als nun jeder sie sich darstellen und sichtbar machen konnte, als man sicher wusste, dass es sich thatsächlich um einen Mikroparasiten handele, der wie jeder andere überall hin verschleppt werden konnte, dass man sich *erst dann* recht bewusst wurde, wie viel man für die Porphylaxe thun könne. In dieser Beziehung kann die Koch'sche Endeckung geradezu als segensreich bezeichnet werden. Diese Segnungen werden vielleicht künftigen Generationen zu Gute kommen, aber das überhebt uns nicht der Pflicht schon jetzt das Möglichste zu thun, um die Hauptquellen der Infection unschädlich zu machen. Es kann dieses nur durch Desinfection der tuberculösen Krankheitsproducte geschehen. Von Schill und Fischer sind im Berliner Gesundheitsamte[1]) Desinfectionsversuche mit nassen und trockenen Sputis angestellt worden und das Resultat durch Impfungen controlirt. Für die Praxis kommen in Betracht: ¹/₂-stündiges Kochen der Sputa oder Desinfection mit verschiedenen Agentien, wobei sich am wirksamsten erwiesen haben: absoluter Alkohol, concentrirte Salicylsäurelösung, 3 proc. Carbolsäure, Essigsäure, Liq. Ammon. caust. und gesättigtes Anilinwasser. Die Preise dieser Chemikalien bedingen eine beschränkte Auswahl für die Praxis. Am meisten dürfte sich eine 5 proc. Carbolsäurelösung empfehlen, die mit derselben Menge Sputum versetzt sicher wirkt und nicht zu theuer ist. Das Sublimat war nur bei kleinen Mengen Sputis und in nicht zu grosser Verdünnung brauchbar — bei grossen Mengen rief es auf der Oberfläche Gerinnung hervor, drang desshalb nicht mehr in die Tiefe ein und blieb so unwirksam.

Derartige Desinfectionen haben, wenn sie wirksam sein sollen, zur Voraussetzung, dass die Patienten mit aller Strenge dahin instruirt werden, nirgend wo anders als in das mit dem Desinficiens versehene Speiglass die Sputa zu entleeren; am strengsten ist ein Deponiren des Auswurfs an solche Orte zu untersagen, wo ein relativ schnelles Eintrocknen und consecutives Verstäuben derselben stattfinden kann — Wäschegegenstände, Taschentücher, die Dielen des Zimmers, die sog. Speibecken. Die letzteren Behälter werden am besten täglich frisch mit dem Desinficiens zu versehen sein. Eine Isolirung wird nur in den wenigsten Fällen durchführbar sein — aber man mache eine tuberculöse Mutter darauf aufmerksam, in welche Gefahr sie ihr Kind bringen könne, man sorge soweit es irgend möglich ist dafür, dass ein tuberculöses Familienglied nicht in *allzu* engem Verkehre mit seinen Angehörigen bleibe, man achte darauf, dass in eine gesunde Familie nicht unnöthiger Weise eine Infectionsquelle etwa in Gestalt eines an chronischer Tuberculose leidenden Dienstboten, einer Kinderfrau oder dergl. hineingerathe u. s. w., und man verschärfe alle diese Vorsichtsmaassregeln, wo es sich um Individuen handelt, die zur Phthise disponiren. Sie sehen, m. H., hier eröffnet sich uns ein weites Feld erspriesslicher Thätigkeit und mit dem Wunsche, einen vielleicht bei diesem oder jenem von Ihnen noch vorhandenen Rest übertriebener Skepsis oder ein unthätiges Zuwarten beseitigt zu haben, schliesse ich meinen Vortrag.

Referate.

M. Ginsburg: Echinokokkusgeschwulst in der schwangeren Gebärmutter, welche eine Beendigung der Geburt durch Perforation des Kopfes und Kranioklasis erforderte. (Med. Obsr. 1884. № 6).

Im Februar 1883 wandte sich die 23-jährige Frau Schtschupenko an G. einer Geschwulst im Unterleibe halber. Bei der Untersuchung ergab sich eine erhebliche Vergrösserung der Leber, welche in eine aus dem kleinen Becken aufsteigende Geschwulst überging; die Kranke menstruirte seit einigen Monaten nicht mehr, doch waren weder Placentargeräusche, noch der Herzschlag der Frucht zu vernehmen. Bei der Vaginaluntersuchung erschien die Geschwulst und war die Kranke so heruntergekommen, dass die Abwesenheit der Regeln dem allgemeinen Blutmangel zugeschrieben werden konnte. Vor 9 Jahren litt Pat. an Brustbeschwerden, welche mit Aushusten irgend welcher weisser Bläschen und Häute endeten. Die weitere Untersuchung wurde aufgeschoben; am 19. Juli 1883 wurde G. zur Niederkunft der Kranken geladen.

Die am 18. Juli bereits beginnende Geburt fand in einer Geschwulst des unteren Unterinsegments, welche faustgross, von Fleischconsistenz und abgerundeter Form war und deren obere Grenzen bei der Untersuchung nicht bestimmt werden konnten, ein Hinderniss. Gemeinsam mit Dr. Grünberg, welcher 3 Mal vergeblich die Zangenextraction versucht hatte und Dr. Pissarewski, der das Chloroformiren übernahm, perforirte Dr. Ginsburg mit dem scheerenförmigen Perforator von Blay und legte den Braunschen Kranioklast an, nach 10—15 Minuten war der Kopf in zwei Tractionen extrahirt, wobei das Gehirn ausfloss; das entwickelte Kind war gegen 7 Monate alt. Wegen starker Blutung wurde die Placenta sofort entfernt. Darauf folgte eine zweiwöchentliche Endometritis mit mässigem Fieber; in der 3. Woche wiederum Blutung, wobei eine hühnereigrosse und mehrere kleinere Blasen und Häutchen mit entleert und weggeworfen wurden. Einige Wochen starke Athembeschwerden, welche mit einem starken Hustenanfall endeten, wobei einige Häute ausgestossen wurden. Die Untersuchung ergab leidliches Wohlbefinden, eine enorme Vergrösserung der Leber, welche vom Rippenrand nach unten 51 Ctm. misst und eine unebene, mit flachen Erhöhungen besetzte Oberfläche aufweist. 3 Querfingerbreit unterhalb des Nabels kann man eine fleischige, 12 Ctm. im queren, 15 Ctm. im langen Durchmesser grosse, nach oben und nach unten um 4—6 Ctm. frei bewegliche Geschwulst herauspalpiren. Uterus sehr vergrössert, nach links verdrängt, wölbt sich in die Kreuzbeinhöhlung in Form einer Blase mit fleischigen Wandungen vor und überragt die Schambeinfuge,

[1]) Aerztl. Intelligenzblatt München 1883. № 16.
[2]) Ref. v. Marschand D. m. W. 1883. pg. 711.
[3]) Beiträge zur Lehre von der Tuberculose, Marburg 1882.
[4]) 56. Versammlung etc.
[5]) Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. II.
[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1883. pg. 709.

[1]) S. Bd. II der Veröffentlichungen.

fast parallel der linken Leistenbeuge, auf 3 Querfinger. In der rechten Thoraxhälfte ist unter dem Schulterblatte der Schall gedämpft, die Respiration abgeschwächt, links Schall normal, Respiration bronchial exspirirend mit subcrepitirendem Rasseln. Die Kranke musste häuslicher Umstände wegen das Hospital verlassen. — Die Untersuchung der ausgeführten Häutchen ergab unzweifelhaft, dass sie Membranen von Echinokokkusblasen vorstellten; Verf. lässt es unentschieden, ob der Parasit primär in den Lungen entstanden oder aus der Leber in sie eingewandert sei, hält die Geschwulst im Uterus gleichfalls für einen Echinokokkus.

Aus der Epikrise ergiebt sich, dass das Vorkommen des Echinokokkus im kleinen Becken äusserst selten sei, etwa 5,4 % aller Fälle. Es folgt ein Uebersicht der einschlägigen Literatur. Hz.

Albert Huff: Ueber Febris recurrens. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

Verf. hat in dieser Arbeit das Material des Allgemeinen Krankenhauses zu Riga verwerthet, woselbst während der Recurrensepidemie von 1883/1884, im Ganzen 585 Fälle dieser Krankheit beobachtet worden sind. Wie es das bearbeitete Material mit sich brachte, hält sich die Schrift lediglich in den Grenzen der klinischen Beobachtung und erbringt dadurch den Beweis, dass die letzte Rigaer Epidemie ihrem allgemeinen Character nach durchaus mit den an anderen Orten beobachteten Epidemien, namentlich mit der von Litten beschriebenen Breslauer Epidemie von 1872/1873 und der von Karstens zum Gegenstande seiner Inauguraldissertation gemachten Dorpater Epidemie vom Jahre 1880 übereinstimmt. Zu bemerken ist, dass in fast 14 % aller Fälle die Erkrankung, deren Diagnose durch den mikroskopischen Nachweis der charakteristischen Spirochaeten gesichert war, sich auf einen einzigen Anfall beschränkte, während bei Litten dieses Verhalten nur in 1,5 %, bei Karstens dagegen in 22,2 % beobachtet wurde. Die Mortalität betrug 4,6 %.

Was die specielleren Daten über die Zahl und Dauer der Anfälle und der Intermissionen, die Temperatur und das Verhalten der einzelnen Organe und Organsysteme anlangt, muss aufs Original verwiesen werden. Icterus wurde in 13 % der Fälle beobachtet und war oft mali ominis; von 76 icterischen Recurrenskranken starben 22, also 40,9 %. — Petechien wurden in 11,5 % der Fälle, hydrämische und anämische Oedeme der Reconvalescenten bei 10,5 % beobachtet. Was die Sectionsergebnisse anlangt, so boten von 26 secirten Leichen nur 5 das reine Bild der an acuten Infectionskrankheiten Verstorbenen dar, während sich bei den übrigen 21 entweder während des Recurrensprocesses entstandene Complicationen, oder Residuen schon früher vorhanden gewesener pathologischer Zustände vorfanden. Die Milz zeigte in der Hälfte der secirten Fälle die für die Recurrens so characteristischen Herderkrankungen; eitrige Einschmelzung dieser Herde, aber ohne Durchbruch wurde in 3 Fällen gefunden, und in einem dieser Fälle fanden sich neben 2 Milzabscessen zahlreiche senfkorn- bis bohnengrosse metastatische Leberabscesse. In 2 Fällen boten die Nieren die Veränderungen der acuten hämorrhagischen Nephritis. Ueber das Verhalten der Spirochaeten während der Anfälle und in den Intermissionen hat Verf. keine näheren Untersuchungen anstellen können, und harren daher die interessanten Angaben Albrecht's (cfr. das Referat über dieselben in unserer Wochenschrift von 1881 № 38) noch immer der Bestätigung. D—o.

E. Boeckel (Strassburg): Exstirpation eines Sarcoms des Halses. Verletzung der Art. vertebralis. Ausgang in Genesung. (Gaz. med. de Strassbourg № 2).

Verf. hatte unter Chloroform bei einer 73-jährigen Frau ein faustgrosses nach hinten vom rechten M. sternocleidomastoideus gelegenes, nicht verschiebbares Sarcom exstirpirt, beim stumpfen Lösen trat eine arteriell-venöse Blutung aus der dabei gerissenen Art. vertebr. dextr. auf, die doppelte Ligatur gelang leicht. Die venöse Blutung wurde durch einen Jodoformtampon gestillt. Die höchste Temperatur am 2. Tage nach der Operation 38,8°, worauf der Tampon entfernt und drainirt wurde. 26 Tage nach der Operation ist Alles, bis auf einen kleinen Fistelgang verheilt. P.

Vermischtes.

— In Riga verstarb vor Kurzem Dr. Fr. Szonn, Vorsteher einer heilgymnastisch-orthopädischen Anstalt daselbst, an den Folgen einer Infection mit Leichengift. Sz. war ein Schüler der Dorpater Universität und beschäftigte sich, nachdem er sich in Riga niedergelassen, speciell mit der Orthopädie, auf welchem Gebiete er auch literärisch thätig war. Auch unsere Wochenschrift verdankt dem Verstorbenen mehrere beachtenswerthe Beiträge, von denen wir seine Abhandlung «Zur Behandlung der Coxitis und ihrer Folgezustände», sowie eine Beschreibung des von ihm construirten und Orthotast benannten chirurgisch-orthopädischen Correctionsapparates, welcher auch als Aorten-Compressorium verwendbar ist, anführen.

— In Pawlowsk ist Dr. Fassanow, welcher fast ein Menschenalter hindurch dort als Arzt gewirkt hat, am Herzschlage gestorben.

— Wie die «Russ. Medizina» mittheilt, beabsichtigen ein Herr Iwanow und eine Frau Lagowa hieselbst ein *Asyl für Trunksüchtige* einzurichten. Der Grundstein zu dem Gebäude dieses ersten derartigen Asyls in Russland, welches auf der Petersburger Seite am Kamenoostrowschen Prospect errichtet werden soll, wird im September gelegt werden.

— Die Betheiligung an dem *diesjährigen Congresse der polnischen Naturforscher und Aerzte* ist eine recht rege gewesen; es waren mehr als 400 Theilnehmer erschienen, darunter auch viele tschechische Aerzte. Die Aerzte veranstalteten auf dem Congresse eine Ovation dem bekannten Warschauer Augenarzte Prof. Szokalski, welcher in diesem Jahre sein 50jähriges Jubiläum begeht. In wissenschaftlicher Beziehung hat der Congress nichts hervorragendes geleistet; die Betheiligung der Tschechen gab ihm eine gewisse politische Färbung. (Wr.)

— Am 20. August c. vollenden sich *20 Jahre des Bestehens der Genfer Convention.* An diesem Tage soll in Genf ein Congress von Mitgliedern der Central-Comités des «Rothen Kreuzes» stattfinden.

— Der französischen Kammer ist ein Gesetzentwurf vorgelegt, nach welchem Pasteur zu seinen Versuchen mit der Hundswuth die Staatsdomaine Villeneuve l'Etang und 80,000 Frcs. zur Verfügung gestellt werden sollen. (A. m. C.-Ztg.)

— In *London* herrscht eine *Pockenepidemie.* Die Zahl der Erkrankungen an den Pocken ist eine recht grosse, die Zahl der Todesfälle aber eine verhältnissmässig geringe, z. B. vom 6.—20. Juni starben von 1663 an den Blattern erkrankten Personen nur 71.

— Die *Typhusepidemie in Zürich*, welcher wir bereits früher Erwähnung gethan haben, ist nunmehr als vollkommnen erloschen anzusehen. Nach den nun officiell festgestellten Zahlen beläuft sich die Gesammtziffer der Erkrankungen im Bezirk der Stadt Zürich auf 1320, im übrigen Canton kamen 79 Fälle vor, die meist von Zürich eingeschleppt waren. Die Epidemie begann im Januar d. J. mit 12 Erkrankungen, es folgte der Febr. mit 21, der März mit 100; die höchste Krankheitsziffer 824 wies der April auf, der Mai zählte 358 Fälle und der Juni nur noch 5. Anscheinend hat die grosse Frühlingswärme und Trockenheit die Krankheit begünstigt und die kühlere und nässere Temperatur des Mai und Juni zu ihrem Erlöschen beigetragen. Prof. Klebs will den Typhus-Bacillus im städtischen Leitungswasser nachgewiesen haben, während Prof. Cramer auf Grund seiner Untersuchungen das bestreitet. Es erweist sich, dass Stadt und Canton Zürich bereits eine Reihe von Jahren hindurch vom Typhus heimgesucht worden. Um diesem Uebel zu steuern, empfiehlt Prof. Klebs die Anlegung einer Hochwasserleitung, die voraussichtlich trotz ihrer Kostspieligkeit in Angriff genommen werden wird.

— In London haben die weiblichen Studenten von der Erlaubniss, sich an der dortigen Universität prüfen zu lassen, schon ergiebigen Gebrauch gemacht. Unter den 1000 Candidaten, welche sich im laufenden Jahre der Prüfung unterzogen, waren 120 Damen, von denen 50 es zum bachelor of arts, 8 zum bachelor of science und 3 zum bachelor of medicine gebracht haben. Zum Doctor ist jedoch noch keine Dame promovirt worden. (A. m. C.-Ztg.)

— Die *Zahl der jüdischen Medicinstudirenden an der Universität Kijew* hat nach dem «Noworossiski Telegraph» in den letzten Jahren bedeutend zugenommen. In den Jahren 1874—1876 betrug die Zahl derselben 64, i. J. 1877 — 67, i. J. 1878 — 80, 1879 — 113, i. J. 1880 — 120; 1881 — 171; 1882 — 209 und 1883 bereits 217. Wie der «Wratsch» meint, ist diese Zunahme der Verfügung, laut welcher nicht mehr als 5 % Hebräer in die militär-medicinische Academie aufgenommen werden dürfen, zuzuschreiben. Ungeachtet dessen ist die Universität Kijew ebenfalls mit dem Gesuch eingekommen, die Zahl der Hebräer bei der Aufnahme in den ersten Cursus auf 10 % beschränken zu dürfen.

— Die Zahl der Feuerbestattungen in Gotha beläuft sich seit dem Jahre 1879, in welchem der Leichenverbrennungsapparat dort errichtet wurde, bis jetzt bereits auf 181 und zwar wurde dieselbe an 118 Männern, 59 Frauen und 4 Kindern vollzogen.

— *Frankreich* hat seit 50 Jahren *4 Cholera-Epidemien* gehabt. Die *erste* kam aus Indien und trat, nachdem sie im übrigen Europa gewüthet, im Jahre 1832 über Calais in Frankreich auf. In Paris starben 18406 Personen daran. Auch das *zweite Mal* kam die Seuche aus Indien und wurde in Frankreich ebenfalls von Calais her eingeschleppt. In Paris starben in diesem Jahre (1849) — 16164 Menschen an der Cholera. Die *dritte Epidemie* kam im Jahre 1853 von der Ostsee her, wo sie latent geblieben war; während 14 Monate starben in Paris 9219 Menschen. Die *vierte Epidemie* endlich trat in Frankreich in 2 Perioden auf. Sie stammte diesmal aus Mexico, erschien 1865 in Marseille und sprang von da direct auf Paris über. In dieser Periode zählte man 6000 Todesfälle. Einige Monate nachher tauchte sie wieder auf und forderte diesmal 7000 Opfer; einige vereinzelte Fälle zeigten sich noch im Jahre 1867. (A. m. C.-Z.)

— Die letzten Nachrichten aus dem südlichen Frankreich über den *Gang der Cholera* melden übereinstimmend eine allmälige Abnahme der Epidemie. In Marseille hat die Zahl der Choleratodesfälle in der letzten Woche kaum mehr die Ziffer 20, in Toulon kaum 10 erreicht. Wenn auch an verschiedenen, vom Sitz der Seuche entfernten Orten Frankreichs und, trotz der rigorosen Sperrmaassregeln, auch an mehreren Plätzen Italiens und der Schweiz Cholerafälle vorgekommen sind, so sind sie doch meistentheils vereinzelt geblieben und nur in Arles und Aix ist die Cholera zur epidemischen Entwickelung gekommen. Aber auch in diesen beiden Städten hat die Seuche keine grosse Ausdehnung gewonnen. Nach dem bi

herigen Auftreten und Verhalten der Cholera darf man wohl hoffen, dass dieselbe in den von ihr heimgesuchten Gegenden in wenigen Wochen erlöschen und ihre Wanderung durch Europa unterlassen wird.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 15. Juli 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2286	1625	3911
Kinderhospitäler	95	83	178
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	167	56	223
Scharlach	4	4	8
Pocken	2	6	8
Venerische Krankheiten	310	413	723

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 14. Juli 1884 besucht von 2653 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1138.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 15. bis 21. Juli 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
279	206	485	129	57	60	11	6	10	48	50	28	30	35	10	3	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 0, Diphtherie 4, Croup 3, Keuchhusten 9, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 12, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 3.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 20, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, acute Entzündung der Athmungsorgane 43, Lungenschwindsucht 57, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 117, andere Krankheiten der Bauchhöhle 12, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 45, Marasmus senilis 17, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 16, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	29 Juni—5 Juli	181 732	91	6	26,0	6,5	38,9
Kopenhagen	2—8 Juli	267 000	153	6	29,8	3,9	41,6
Berlin	6—12 Juli	1 225 065	891	83	37,8	9,3	36,4
Wien	6—12 Juli	759 849	366	17	25,0	4,6	34,7
Brüssel	29 Juni—5 Juli	171 293	75	6	22,8	8,0	25,2
Paris	4—10 Juli	2 239 928	1105	138	24,4	12,4	29,4
London	6—12 Juli	4 019 361	1849	211	24,0	11,4	31,1
St. Petersburg	**13—19 Juli**	**928 016**	**537**	**59**	**30,0**	**11,0**	**28,0**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 27 Іюля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 31. St. Petersburg, 4 (16.) August 1884.

Mittheilungen aus dem physiologisch - chemischen Laboratorium.

I. Chemische und bacteriologische Untersuchungen betreffend die Wasserversorgung St. Petersburgs, nebst einem Beitrag zur Biologie der Mikroorganismen.

Von

Dr. chem. A. Poehl.

Mitglied des Medicinalrathes des Ministeriums des Innern, Docent der Kaiserl. Med.-Chirurgischen Academie.

So schwierig die hygienische Beurtheilung des Trinkwassers im Allgemeinen ist [1]) und die Frage der Wasserversorgung St. Petersburgs im Speciellen, halte ich es doch für erforderlich schon jetzt die einstweilen erhaltenen Resultate meiner Untersuchung zu veröffentlichen, da einerseits bei uns die Wasserversorgung zu einer brennenden Tagesfrage geworden ist und andererseits bacteriologische Wasseruntersuchungen bei uns in Petersburg noch nie ausgeführt sind.

Je nach den herrschenden Anschauungen, auf Grund welcher die hygienische Bedeutung des Wassers beurtheilt wurde, wechselten auch die Ansichten über unser Newawasser; so galt z. B. vor einem halben Jahrhundert das Newawasser für ideal rein, weil es geringe Mengen mineralischer Bestandtheile aufzuweisen hat. Das Newawasser ist ziemlich häufig mehr oder weniger eingehenden chemischen Untersuchungen unterworfen worden. Soviel mir bekannt untersuchten dasselbe Trapp im Jahre 1848, Dragendorff 1864, A. und F. Loesch 1870, Missewitsch 1874, Esersky 1876, Beilstein 1879. Pawlow und Poehl 1880 und 1881 und Sokolow 1883.

Neuerdings sind uns wesentliche Hülfsmittel zur Beurtheilung des hygienischen Werthes des Wassers in der Methode der quantitativen Bestimmung der Mikroorganismen in demselben geboten. Das hohe Verdienst diese ebenso sinnreiche, wie zweckentsprechende Methode ausgearbeitet zu haben, fällt dem deutschen Kaiserlichen Gesundheits-Amte und speciell den DDr. R. Koch, F. Tiemann und G. Wolffhügel zu. Vorigen Herbst erhielt ich vom Ministerium des Innern den Auftrag mich mit den Untersuchungsmethoden des Kaiserlichen Gesundheitsamtes bekannt zu machen, was mir Dank dem freundlichen Entgegenkommen von Seiten des Herrn Directors dieser Anstalt Dr. Struck und den Mitgliedern Dr. Sell, Dr. Wolffhügel und Dr. Löffler ermöglicht wurde, wofür ich hier genannten Herren meinen wärmsten Dank zum Ausdruck bringe.

Die chemischen Untersuchungen zur hygienischen Beurtheilung des Wassers habe ich theils nach den Angaben von Dr. Sell (Mittheil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt I. Bd. p. 360—377) theils nach den vereinbarten Methoden der Society of public analyses (1881) ausgeführt. Man kann die letzteren gebräuchlichen Bestimmungsmethoden durchaus nicht als exacte und den Anforderungen der analytischen Chemie entsprechende bezeichnen, aber zu ihren Gunsten spricht hauptsächlich der Umstand, dass die Resultate zu Zwecken der hygienischen Beurtheilung meist ausreichend genug sind, dass dieselben allgemein gebräuchlich und vor Allem, dass die Resultate mit anderen Wasseruntersuchungen eine Vergleichung zulassen.

Die wesentlichste Verschiedenheit der Anschauungen macht sich auf dem Gebiete der Literatur in Hinsicht der Bestimmung der sogenannten «organischen Substanz» im Wasser geltend. Bei Bestimmung derselben durch den Glühverlust ist einzuwenden, dass die Ammoniumsalze und Alkalichloride sich dabei verflüchtigen, die Kohlensäure durch Kieselsäure ausgetrieben wird, die Nitrate und Nitrite durch die organische Substanz zerstört und die Sulphate durch Kohle zerlegt werden etc. etc. Somit hat die Bestimmung des Glühverlustes nur einen beschränkten Werth.

Die Methode, welche die Quantität des durch Vermittelung des Kaliumpermanganats auf die organische Substanz übertragenen Sauerstoffs als Maass für den Gehalt des Wassers an letzterer in Anspruch nimmt, ist vom Standpunct der analytischen Chemie höchst mangelhaft, zur Lösung von hygienischen Fragen jedoch ist diese Methode recht zweckmässig und daher allgemein angenommen, besonders nach dem Verfahren von Kubel, (Kubel-Tiemann Anleit. z. Untersuchung v. Wasser 2. Aufl. p. 105). Nach der An-

[1]) Wolfhügel und Tiemann, Deutsch. Verein für öffentliche Gesundheitspflege, 13. Mai 1883.

nahme von Kubel entspricht der Sauerstoff eines Theiles von Kaliumpermanganat fünf Theilen sogen. «organischer Substanz». Thatsächlich wird jedoch bei diesem Verfahren die Reduction des Kaliumpermanganates nicht nur durch verschiedene organische Substanzen, sondern gleichzeitig durch Nitrite, Sulfide etc. bewirkt. Es wird eben nur die «Oxydirbarkeit» des Wassers auf diesem Wege bestimmt. Die Bestimmung dieser Oxydirbarkeit muss jedoch unter ganz bestimmten, genau festgestellten Bedingungen geschehen, um vergleichbare Resultate zu erhalten. Prof. Schtscherbakow (А. Я. Щербаковъ. Способы санитарныхъ изслѣдованій. Казань 1877 p. 308) macht schon 1877 mit vollem [2]) Recht auf diesen Umstand aufmerksam und weist nach, dass die Dauer der Erwärmung hierbei eine wesentliche Rolle spielt. Diese Erscheinung wird durch die Verschiedenheit der Oxydirbarkeit der organischen Substanzen bedingt; es sind auch Behauptungen aufgestellt worden, als wenn man aus der leichteren Oxydirbarkeit einen Schluss auf weiter vorgeschrittene Zersetzung der organischen Substanzen ziehen könne; genügende Belege sind übrigens für die letztere Behauptung nicht erbracht.

Unser Newawasser ist ein interessantes Object, das sehr geeignet ist um nachzuweisen, welche Unterschiede in der Bestimmung der organischen Substanz beim Kaliumpermanganat-Verfahren erhalten werden. Ich werde hier als Beispiel nur einige der Bestimmungen anführen, welche ich an Newawasserproben ausgeführt.

№	Die Aenderungen beim Verfahren nach Kubel.	Die erforderl. Menge v. Kaliumperman. zur Oxydirung von 100,000 Grm. Wasser.	Die Quantität v. Sauerstoff, welche d. Oxydir. von 100.000 Wasser entspricht.	Die Quantität d. organischen Substanz nach Kubel.
1	5 Minuten gekocht . . .	2,378	0,594	11,889
—	10 » » . . .	2,739	0,685	13,698
2	5 » » . . .	2,374	0,593	11,871
	10 » » . . .	2,677	0,669	13,387
	15 » » . . .	2,906	0,732	14,632
	5 Minuten gekocht mit Zusatz der doppelten Menge von Schwefelsäure	2,615	0,654	13,075
5	10 Minuten gekocht . . .	2,615	0,654	13,075

Aus den angeführten Resultaten ist nicht nur beachtenswerth die bedeutende Oxydirbarkeit des Newawassers, welche fast ausschliesslich durch den Gehalt an organischer Substanz bedingt wird, da der Gehalt an Eisenoxydul, an Nitriten und Sulfiden in demselben fast gleich Null ist, sondern ebenso wesentlich sind die Differenzen in den Resultaten, die bei verschiedenen Bedingungen der Bestimmung erhalten werden.

Soviel mir bekannt, ist bis jetzt von Niemandem die Anwesenheit organischer Substanzen im Newawasser beobachtet, welche unter 100° C. flüchtig in das destillirte Wasser mit übergehen. Der Oxydirbarkeit entsprechend ist der Gehalt an solcher Substanz ein relativ hoher.

Das Destillat von Newawasserproben vom Jahre 1882 im September.	Die erforderl. Quantität von Kaliumpermanganat zur Oxydirung von 100,000 Grm. dest. Wassers. 10 Minuten erwärmt.	Die Quantität von Sauerstoff, welche d. Oxydirung von 100,000 Grm. Wasser entspricht.	Organische Substanz nach Kubel.
№ 1	0,746	0,186	3,731
№ 2	0,742	0,185	3,709
№ 5	0,732	0,183	3,658

Diesem Gehalt an gelöster organischer Substanz muss es auch zugeschrieben werden, dass das destillirte Wasser in Petersburg so wenig den gestellten Anforderungen entspricht. Jeder, der sich mit analytischer Chemie hier befasst, wird gewiss Gelegenheit gehabt haben zu beobachten, dass bei Herstellung von oxydirenden oder reducirenden titrirten Normallösungen und Verdünnungen derselben mit genau ausgerechneten Mengen dest. Wassers, der Titer sich unrichtig erweist und schliesslich einer Correctur bedarf. Der Gehalt des destillirten Wassers an organischen Substanzen bedingt auch manche Missstände bei der technischen Verwendung desselben, hauptsächlich bei Herstellung der Mineralwässer und in der pharmaceutischen Praxis. Zur Beseitigung dieses Missstandes ist es ausreichend dem zu destillirenden Wasser vor der Operation Kaliumpermanganat hinzuzufügen; das Destillat entspricht alsdann den Anforderungen.

Die Bestimmung der «organischen Substanz», d. h. der Oxydirbarkeit des Wassers wurde in allen nachstehenden Fällen streng unter gleichen Bedingungen ausgeführt: 100 Cc. Wasser wurden mit 5 Cc. verdünnter Schwefelsäure (1 : 3) versetzt, darauf wurden aus der Burette 20 Cc Kaliumpermanganat von bestimmtem Gehalt (0,316 : 1000) hinzugefügt, wonach die Flüssigkeit auch nach dem Kochen gefärbt verblieb. Nach 10 Minuten langem Kochen wurden 20 Cc. Oxalsäure $^1/_{100}$ Normallösung zugegossen und darauf mit erwähnter Kaliumpermanganatlösung zurücktitrirt.

Der Chlorgehalt wurde mit $^1/_{100}$ Silbernitratlösung titrirt, wobei als Indicator Kaliumchromat diente, Salpetersäure wurde nach Marx, und Ammoniak nach Frankland und Armstrong bestimmt.

Die erste Reihe von Untersuchungen stellte ich in den Jahren 1880 und 1881 an Wasserproben an, die mir von der Verwaltung der Wasserleitungsgesellschaft geliefert wurden; die zweite Reihe von Untersuchungen führte ich 1882 aus an Proben, welche ich von der Stadtverwaltung erhielt.

Die Bezeichnung der №№ der Proben der ersten Reihe ist nachstehende. [3])

№ 1. Newawasser 22 Werst oberhalb St. Petersburgs, 20 Faden vom linken Ufer.

№ 2. Newawasser 17 Werst oberhalb St. Petersburgs, 20 Faden vom linken Ufer.

№ 3. Newawasser aus der Mitte des Flusses genommen, gegenüber dem Obwodny-Canal.

№ 4. Newawasser $5^1/_4$ Werst oberhalb des Wasserthurmes, 20 Faden vom Ufer.

№ 5. Newawasser gegenüber dem Wasserthurm 20 Faden vom rechten Ufer.

№ 6. Newawasser gegenüber dem Wasserthurm, aus der Mitte des Flusses.

№ 7. Newawasser bei den zur Wasseraufnahme für den Wasserthurm bestimmten Röhren.

№ 8. Aus dem Hauptbassin der Wasserleitungsgesellschaft.

Nach Angabe der Wasserleitungsgesellschaft sind alle Proben 2 Faden unter dem Wasserspiegel entnommen.

Bestimmung der suspendirten Bestandtheile in 100.000 Theilen Wasser.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5/3 1880	0,423	0,401	0,305	0,319	0,513	0,775	0,329	0,276
11/4 1880	0,982	0,978	0,677	0,938	0,801	0,964	0,926	0,522
14/6 1880	0,427	0,416	0,437	0,581	0,526	0,938	0,759	0,448
9/9 1880	0,249	0,186	0,149	0,264	0,278	0,217	0,272	0,223
24/1 1881	0,117	0,365	0,949	0,681	0,121	0,132	0,167	0,155
5/3 1881	0,067	0,144	0,736	0,183	0,209	0,088	0,102	0,096
24/4 1881	1,669	1,617	1,103	1,384	1,218	0,948	1,068	1,025

[2]) In der ausländischen Literatur wird dieses Verdienst Bischoff (1879) zugeschrieben, während die Priorität in dieser Hinsicht entschieden Schtscherbakow (1877) zukommt.

[3]) Bei Veröffentlichung der Resultate dieser Untersuchung in russischer Sprache (Wratsch) hat sich in der Bezeichnung der ersten drei Proben ein Fehler in Folge eines Missverständnisses eingeschlichen. Ueberhaupt stimmen in Betreff der drei ersten Proben die mir officiell übermittelten Ortsbezeichnungen der Probeentnahme nicht völlig überein mit den später angegebenen. In unserem Falle jedoch ist dieser Umstand nicht von Bedeutung, da es sich hier nur wesentlich darum handelt, dass die Wasserproben ausserhalb des Weichbildes der Stadt St. Petersburg entnommen, was hier jedenfalls der Fall.

Bestimmung der organischen Substanz (nach Kubel) resp. der Oxydirbarkeit von 100,000 Theilen Wasser.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5/3 1880	14,911	14,723	14,911	14,508	14,723	14,911	14,307	14,036
11/4 1880	14,709	14,307	14,305	14,306	14,225	14,105	14,105	14,307
14/6 1880	14,969	14,796	14,637	14,796	14,627	14,638	14,627	14,638
9/9 1880	13,122	13,770	13,446	13,770	13,608	13,770	13,122	13,284
24/1 1881	14,742	15,069	14,906	14,906	14,742	14,251	14,742	14,742
5/3 1881	14,020	14,020	14,020	14,020	13,835	14,325	13,350	14,325
24/4 1881	16,500	16,330	15,570	15,920	15,090	15,860	16,050	16,600

Bei Bestimmung des Chlor, der Salpetersäure und des Ammoniak wurden Resultate erhalten, deren Unterschiede innerhalb der Fehlergrenzen der Untersuchungsmethoden lagen, daher will ich die einzelnen Bestimmungsergebnisse hier nicht anführen. Jedenfalls sind diese Bestandtheile im Newawasser in sehr unbedeutender und ziemlich constanter Menge vorhanden.

Chlorgehalt . . . . 0,462 Th. in 100,000 Th. Wasser.
Salpetersäuregehalt . 0,0246 Th. in 100,000 Th. Wasser.
Ammoniakgehalt . . 0,012 Th. in 100,000 Th. Wasser.

Im Jahre 1882 führte ich die Untersuchungen des Wassers aus der Newa und der Leitung hauptsächlich in der Richtung aus, um einen Vergleich der Beziehungen der Menge suspendirter Bestandtheile zu der Menge gelöster organischer Substanzen, resp. der Oxydirbarkeit des filtrirten Wassers zu ermöglichen. In den suspendirten Bestandtheilen wurde der Gehalt an organischer Substanz durch den Glühverlust bestimmt. Wie schon erwähnt, wurden mir nachstehende Proben durch die Stadt-Duma zugestellt.

№ 1. Aus der Mitte der Newa in der Nähe des Wasserthurmes.

№ 2. Newawasser unmittelbar bei den zur Wasseraufnahme für den Wasserthurm bestimmten Röhren.

№ 3. Wasserleitungswasser in der Nähe des Wasserthurmes.

№ 4. Wasserleitungswasser. Grosse Stallhofstrasse, Haus Uschakow.

№ 5. Wasserleitungswasser. Grosse Gartenstrasse.

№ 6. Wasserleitungswasser. Furstadtskaja.

№ 7. Wasserleitungswasser. Nikolajewskaja № 44.

№ 16. Wasser der grossen Newa in der Nähe der Wasserleitungsröhren.

№ 17. Wasserleitungswasser. Wassili-Ostrow, Ecke des grossen Prospect und der 5. Linie.

№ 18. Newawasser in der Nähe der Wasserleitungsröhren für die Petersburger Seite.

№ 19. Wasserleitungswasser. Grosse Dworjanskaja Haus № 15.

Wasserprobe.	Suspendirte Bestandtheile in 100,000 Theilen Wasser.			Oxydirbarkeit der gelösten Bestandtheile von 100,000 Theilen Wasser.		
	Gesammtmenge.	Mineralische Bestandtheile.	Organische Bestandtheile (entspr. dem Glühverlust.)	Erforderl. Kaliumpermanganatmenge zur Oxydirung.	Entsprechende Sauerstoffmenge zur Oxydirung.	Quantität der organischen Substanz nach Kubel.
1	0,1613	0,1392	0,0221	2,7396	0,6894	13,698
2	0,2123	0,1870	0,0253	2,6770	0,6693	13,387
3	0,2463	0,2101	0,0362	2,5840	0,6460	12,920
4	0,2729	0,2407	0,0322	2,7080	0,6770	13,540
5	1,0956	0,9695	0,1261	2,6150	0,6537	13,075
6	0,6179	0,5144	0,1035	2,6384	0,6596	13,192
7	0,5423	0,4235	0,1193	2,7304	0,6836	13,652
16	0,2115	0,1884	0,0231	2,5216	0,6303	12,608
17	0,2963	0,2392	0,0571	2,5216	0,0304	12,608
18	0,3892	0,3071	0,0821	2,5542	0,6387	12,771
19	0,2867	0,2474	0,0393	2,4596	0,6149	12,298

Die Proben №№ 1, 2 und 5 wurden einer eingehenderen Untersuchung unterworfen.

Im Hektoliter Wasser (in 100,000 Theilen).		№ 1	№ 2	№ 5	Shdanowka 23. Mai 1883.
Suspendirte Bestandtheile.	Gesammtgehalt	0,1613	0,2123	1,0956	nicht bestimmt.
	Aschegehalt	0,1392	0,1870	0,9695	
	Organische Substanz	0,0221	0,0253	0,1261	
Angelösten Bestandtheilen.	Adampfrückstand bei 100°	6,34	6,45	6,00	7,12
	Rückstand bei 140—150°	6,04	6,04	5,80	—
	Rückstand bei 170—180°	5,20	5,34	5,32	—
	Aschengehalt d. Rückstand.	3,76	3,80	3,80	4,10
	Organ. Subst. Glühverlust	2,28	2,35	2,00	3,02
	Kalkgehalt	1,24	1,31	1,20	1,30
	Chlorgehalt	0,38	0,38	0,36	0,63
	Schwefelsäuregehalt	1,276	1,428	1,266	—
	Salpetersäuregehalt	0,066	0,080	0,065	0,123
Der Oxydirbarkeit von 100,000 Theilen Wasser entsprechen.	Kaliumpermanganat	2,739	2,677	2,615	3,677
	Sauerstoff	0,685	0,669	0,654	0,921
	Organische Substanz nach Kubel	13,698	13,387	13,075	18,385
	Unter 110° C. flüchtige organische Substanz (entsprechend der Oxydirbarkeit des Destillates)	3,731	3,709	8,658	—

(Fortsetzung folgt).

Ein Fall von erfolgreicher secundärer Unterbindung beider Femoralgefässe im Adductorenschlitz, wegen Stichverletzung.

(Mittheilung aus dem Privathospital des Herrn von Paschkow, im Gouvernement Nishnij-Nowgorod).

Von

Dr. E. Assendelft.

Wassili Skwarzow, 13 Jahre alt, aus dem 14 Werst vom Wetoschkinschen Hospital entfernten Dörfchen Sobolewka, wird am Donnerstag den 22. Dec. 1883 von seinem Vater ins Hospital gebracht, und um 3 Uhr Nachmittags aufgenommen. Nach den Angaben des Vaters, welche später von dem intelligenten Knaben durchaus bestätigt werden, hat sich derselbe am Freitag den 16. Dec., gegen Mittag, die Stichwunde am unteren Drittel des linken Oberschenkels, auf folgende Weise zugezogen: Wassili, der eine lange Holznadel geschnitzt, wie solche zur Verfertigung von Fischernetzen gebraucht werden, soll dieselbe auf den linken Oberschenkel gestützt, und nun versucht haben, das Nadelöhr durch Schneiden und Drehen herzustellen. Dabei soll das Messer ausgeglitten und mit grosser Kraft tief in den linken Oberschenkel hineingedrungen sein. Das Messer soll der Knabe selbst herausgezogen haben, worauf aus der Wunde ein starker Blutstrahl herausgeschossen sein soll, welcher erst während einer Ohnmacht des Knaben durch starkes Umschnüren oberhalb der Wunde, von den Anwesenden zum Stehen gebracht sei. Auf Anrathen des Priesters soll die Wunde dabei erst dick mit Zucker bestreut worden sein. Aus Neugierde aber sollen die Verwandten am Abend den Verband gelockert haben; wieder soll das Blut fusshoch herausgesprudelt, eine neue Ohnmacht eingetreten sein, während welcher der alte Druckverband stärker zugeschnürt wurde. Hieraus soll die Blutung bei ruhiger Lage des Knaben bis zum Dienstag gestanden haben. Am Dienstag bei Verbandlockerung neue Blutung. Am Mittwoch wird der Knabe 6 Werst weit per Bauerschlitten nach Gagino gebracht und wurde hier vom Landschaftsfeldscheerer ein neuer Verband angelegt, wobei eine neue Blutung eintrat. Der Knabe wurde nun vom Vater wieder nach Hause transportirt. Am Donnerstag neuer Transport des Knaben. Während desselben sickert das Blut durch den Verband, so dass wegen Furcht vor Verblutung in Gagino Halt gemacht werden muss. Der gerade

dort anwesende Landschaftsarzt expedirte hierauf den Knaben ohne weiter am Verbande zu rühren 7 Werst weiter in unser Wetoschkinsches Hospital.

Status präsens: Der apathische Knabe ist bei vollem Bewusstsein. Er ist ganz ausserordentlich anämisch, hat einen matten Blick, einen kleinen, äusserst frequenten Puls. Die linke untere Extremität findet sich in einem starken, von der Achillessehne bis fast zum Poupartschen Bande reichenden, entsprechend dem Kniegelenk blutig durchtränkten Verbande. Während Alles zur Unterbindung vorbereitet wird, wurde zunächst der in Schmutz starrende Knabe abgewaschen. Auf dem Operationstisch auscultirt man am Knaben ein auf Anämie bezogenes Herzgeräusch. Die Chloroformnarcose tritt rasch ein. Der Verband wird vorsichtig entfernt, die Extremität sorgfältig mit grüner Seife abgewaschen und mit 5 % Carbolsäurelösung desinficirt. Es findet sich Schwellung der Extremität bis unterhalb des oberen Drittels des Oberschenkels. Am Unterschenkel ist die Anschwellung eine ödematöse. Der Puls der Tibialis postica und pediaea fehlt. Etwa 10 Ctm. oberhalb der Patella, 1 Ctm. nach innen von der Mittellinie des Oberschenkels beginnend, findet sich eine 2 Ctm. lange klaffende Wunde in der ein Gerinnsel sichtbar, neben welchem ein blutiges Secret aus der Wunde sickert.

Die Richtung der äusseren Wunde verläuft von oben aussen, nach innen unten. Die Umgebung der Wunde ist etwa handtellergross wahrnehmbar vorgewölbt. Eine Pulsation ist hier nicht wahrnehmbar.

Die Haut unterhalb der Wunde ist in der Richtung zum Kniegelenk leicht geröthet. Die Furchen zu beiden Seiten der Patella, die Contouren des Kniegelenks sind durch Anschwellung verstrichen. Nach Entfernung der oberflächlichen, nicht geruchlosen Gerinnsel, findet sich der untere geröthete Hautwundrand etwa zwei querfingerbreit unterminirt. Es wird nun mit dem linken Zeigefinger langsam in der Richtung von V. O. A. nach H. U. J. etwa 8 Ctm. tief in den Stichcanal eingegangen, wobei sich eine arterielle Blutung einstellt, die aber sofort durch Zuschnüren des angelegten Esmarch'schen Schlauches gestillt wird. Ausgehend vom inneren Hautwundwinkel wird ein dem Verlaufe der Gefässe entsprechender 10 Ctm. langer Hautschnitt angelegt und werden die Muskel in der Richtung desselben, vom Stichcanal beginnend, genügend weit nach oben und unten getrennt. Nach Entfernung eines etwa klein wallnussgrossen, im Inneren ausgehöhlten, festen Blutgerinnsels, des perivasculären Thrombus, findet man genau entsprechend dem Eintritt in den Canalis femoro-poplitaeus, die weit klaffende, bis auf eine nur aus Adventitia bestehende schmale Brücke durchtrennte Arteria femoralis externa und die vollständig durchschnittene Vena femoralis externa. Kein Tropfen Blut entleert sich aus den Gefässen, und übersieht man trotz künstlicher Beleuchtung das Verletzungsgebiet hinreichend gut. Nach aussen und hinter den durchschnittenen Gefässen findet sich ein fester Thrombus, welcher das Ende des Stichcanals ausfüllt und entfernt wird. Man gelangt nun mit dem Finger dicht am Knochen durch den Adductor magnus auf die Extensorenseite des Oberschenkels. Der Finger in der Wunde liess sich von aussen durchfühlen, doch wurde von der Anlegung einer Contraapertur Abstand genommen. Nachdem das centrale Gefässbündel isolirt, wurde der Catgutfaden mit Hülfe einer Aneurysmanadel auf der Hohlsonde um die Gefässe geführt. Hierauf wurde eine Sonde von der klaffenden Gefässwunde in das Lumen des peripheren Arterientheils eingeführt, die Sehnenfaser des Adductor magnus getrennt, das Gefäss isolirt, mit Catgut unterbunden und auf der Hohlsonde mit der Scheere durchschnitten. Das periphere Arterienende zieht sich so stark in die Weichtheile zurück, dass nur der Catgutfaden sichtbar bleibt. Nachdem der Catgutfaden am centralen Ende geknüpft, wurde das Gefässbündel auch hier durchtrennt. Es erwies sich nun, dass Arteria und Vena femor. zusammengefasst worden waren, daher wurde der Catgutfaden durchschnitten, die Arterie von der Vene isolirt und beide Gefässe getrennt unterbunden. Beim Herauspräpariren des ausgeschalteten Gefässstücks wurden 2 vom centralen Theil entspringende Arterien (eine wohl mit Bestimmtheit die Anastomotica magna) und zwei sich zur Vena femor. begebende Venen isolirt unterbunden. Das periphere Ende der vollständig durchschnittenen Vena femoralis hatte sich so stark retrahirt, dass es auch nach Lüftung des Schlauches, zumal keine Blutung vorhanden, nicht gefunden und unterbunden werden konnte. (Das Spirituspräparat der Art. fem. ist $1^1/_2$ Ctm. lang. Das Gefäss ist bis auf eine einige Mm. starke Brücke der Adventitia vollständig durchtrennt, mit 2 vom centralen Theile entspringenden Aesten. Das centrale ausgeschaltete Stück der Vene mit 2 einmündenden Venen ist 8—9 Mm. gross). Nach sorgfältiger Desinfection der Wundhöhle (5 % Carbolsäurelösung) wurde ein 8—9 Ctm. langes, kleinfingerdickes Drainrohr in die Tiefe eingeführt und die Wundränder durch 3 tiefe und einige oberflächliche Catgutnähte einander genähert. Nach Anlegung eines Lister-schen Druckverbandes wurde die Extremität auf eine Volkmann'sche Blechschiene gelagert. Am Abend klagt der Knabe über Schmerz an der Hacke. T. 38,5.

23. Dec. T. 39,7. Die Anschwellung des Fusses und Unterschenkels hat beträchtlich abgenommen. Im Kniegelenk scheint ein geringer Erguss vorhanden. Das Drainrohr in der Wunde muss verkürzt werden. Nur eine geringe Menge blutig serösen Secrets ist geliefert worden. A. T. 39,4. Heftige Schmerzen in der Hacke machen eine Morphiuminjection nothwendig.

24. Dec. T. 38,5. Der Verband trocken, Klagen über Schmerzen an der Hacke. A. T. 39,2.

25. Dec. T. 38,2. Abschwellung der ganzen Extremität und des Kniegelenkes. Aus der Wunde hat sich fast gar kein Secret entleert. Das Drainrohr wird verkürzt. An der Hacke ist die Haut an einer Silber-Rubel grossen Stelle livid verfärbt. A. T. 38, Klagen über Schmerzen an der Ferse.

26. T. 37,6. A. T. 37,7. }
27. T. 37,4. A. T. 37,8. } Verband trocken, bis auf den etwas geringeren Schmerz an der Hacke, Euphorie.

28. T. 37,5. Nur die untersten Schichten des Verbandes sind blutig serös durchtränkt. Die Wundränder klaffen ein wenig. Die Wundhöhle ist bis auf das Lumen des Drainrohrs mit Granulationen total ausgefüllt. Es entleert sich kein Tropfen Secret aus der Tiefe. Die Schwellung der Extremität ist gänzlich geschwunden.

29. T. 37,4. A. 37,7. Patient klagt über heftigen Schmerz in der grossen Zehe.

30. T. 37,6. Die Wunde granulirt vortrefflich. In der Umgegend der Wunde geringes Eczem. Das dicke Drainrohr wird durch 2 dünne ersetzt. An der Kuppe der grossen Zehe eine 10 Kop. grosse Brandblase die, aufgeschnitten, ein erbsengrosses demarkirtes abgestorbenes Coriumstück zeigt.

Am 4. und 8. Januar Verbandwechsel. Derselbe war auch in den untersten Schichten ganz trocken. Unter dem Protectiv fand sich etwa $^1/_2$ Theelöffel Eiter angesammelt. Die Wunde ist mit schönen Granulationen ausgefüllt. Am 4. wurde ein Drain, am 8. da kein Tropfen Secret, das letzte Drainrohr entfernt. Am 4. eine Eiterblase an der kleinen Zehe eröffnet. Patient, der seit dem 31. Dec. fieberfrei ist, klagt am 7. Jan. über Schmerzen entsprechend dem Colon ascendens.

9. Jan. Hohes Wasserclystier ohne Erfolg. A. T. 38,5.

10. Jan. T. 38. A. 38,4. Schmerzen entsprechend dem Colon ascendens, kein Stuhlgang.

11. Jan. T. 38. Unter dem Protectiv etwas Eiter. Die Wunde beginnt zu übernarben. An der grossen Zehenkuppe ein trockener Schorf. Die kleine Zehe nach Eröffnung der Eiterblase geheilt. Stuhlgang erfolgt. A. T. 38,2.

(Schluss folgt).

Dreizehnter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Breslau,
16.—19. April 1883.

(Referirt nach den Berichten des Centralblatts für Chirurgie und der Deutschen medicinischen Wochenschrift).

Die erste Sitzung wurde durch Herrn v. Langenbeck am 16. April Mittags 12½ Uhr in der Aula der Königlichen Universität eröffnet und war zahlreich besucht. Zum ersten Vorsitzenden wurde auf Volkmann's Vorschlag Herr von Langenbeck gewählt, zum zweiten, resp. dritten, da die Herren Thiersch und Bardeleben nicht zugegen, Volkmann und v. Bergmann. Cassenführer bleibt Prof. E. Küster, Schriftführer die Prof. Gurlt und Schönborn.

Ehrend gedachte Hr. v. Langenbeck der verstorbenen Mitglieder W. Baum, Oberst-Arzt Frentzel und Stephani-Manheim. Der Ausschuss hat über einige Fragen berathen, über die der Congress am Freitag entscheiden wird. Es sollen Ehrenmitglieder in fest bestimmter Zahl (10—15) künftig ernannt und der Congress selbst auf die Pfingstferien verlegt werden. Vor dem Beginne der Verhandlung stellte v. Bergmann den Antrag, der Vorsitzende möge die Reihenfolge der Vorträge nach der Wichtigkeit bestimmen, resp. wie König will, der Vorstand.

F. Neelsen (Rostock). Wie lassen sich die klinischen Begriffe Sepsis, Septicämie und Pyämie den neueren Erfahrungen der Pathologie adaptiren?

Bezüglich der Sepsis ist durch die von Koch experimentell erzeugte Mäusesepsis festgestellt, dass dieselbe ihren Grund wesentlich in einer Anfüllung der capillaren Blutgefässe mit Bacterien (Pilzthrombose) hat, während das Stroma ganz frei von diesen Organismen bleibt und dass Allgemeinerscheinungen, wie Fieber und vasomotorische Störungen (Catarrhe, Exantheme) fehlen. Die Art des Pilzes spielt dabei keine Rolle, das Individuum wird ertödtet durch die Massenhaftigkeit der Pilze im circulirenden Blut. Pasteur-sche Kaninchen-Sepsis ist sehr wohl auf Mäuse übertragbar und bewirkt dort dasselbe Gesammtbild der Krankheit, obgleich der Pilz ein ganz anderer ist. Am Menschen sind reine Formen der Sepsis nur ganz vereinzelt beobachtet (Milzbrand und Intestinalmykose), weil die Infection fast nie einer Reinimpfung entspricht, sondern immer Verunreinigungen aus der Luft etc. mitführt. Daher die Pustula maligna als localer Effect eines solchen combinirten Einflusses. (Reinimpfung mit Milzbrandgift braucht keine Localaffection zu setzen trotz tödtlichem Ausgang). — Die reine Septicämie ist eine putride Intoxication, bewirkt durch ein von den Pilzen abgesondertes, lösliches Gift (Bergmann, Panum, Hiller — Sepsin, Ptomaine, Hiller'sches Ferment). Beim Menschen ist auch die Septicämie eine Combination verschiedener Processe, welche alle nur das Fieber gemein haben, nämlich der putriden Intoxication, Entzündung und Allgemeininfection durch Wucherung der Bacterien im Blut. — Ueber das Wesen der die Pyämie veranlassenden Organismen ist wenig bekannt. Doch sind sie im Stande lebende Gewebe zur Necrose zu bringen und sich auf weite Strecken hin zu verbreiten und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen und Venen (Metastasen). Nicht alle metastatischen Eiterungen lassen eine solche anatomische Erklärung zu. Diese Organismen scheinen dem zerstörenden Einflusse des circulirenden Blutes zu widerstehen, ja in letzterem wuchern und aus den Gefässen auswandern zu können, um in der Umgebung Entzündungen zu erregen. Die spontanen Pyämien sprechen dafür, dass solche Organismen einer Wunde zum Eintritt in die Säftemasse nicht benöthigen, andererseits aber können sie durch eine Wunde in den Körper einziehen, ohne locale Entzündungen an derselben zu bewirken.

König (Göttingen). Ueber die Frage, ob eine Indication zur Gelenkresection bei Tuberculose durch die aus der Gelenkkrankheit erwachsende Gefahr allgemeiner Tuberculose begründet wird?

K. hält die Infection eines Gelenkes mit Tuberkelbacterien vom Blut aus für möglich, denn in 14 von 70 Fällen an Knochen- und Gelenkaffectionen Verstorbener konnte er einen andern Herd im Körper nicht finden, unscheinbare Drüsenherde könnten aber leicht unbemerkt bleiben, ebenso schwer sei aber zu entscheiden, ob bestehende Allgemeintuberculose aus gleichen Knochen- oder Gelenkaffectionen entstanden. Daher sei obgenannte Frage nur auf empirischem Wege zu entscheiden. K. ist überzeugt, dass die Resection der Allgemeininfection nicht vorbeugt, vielfach sogar die Beschleunigung des Ausbruchs einer Metastase herbeiführe, indem die Bacillen in die frisch verwundeten Gewebe hineingeimpft würden. K. beobachtete mehrmals unmittelbar nach operativen Eingriffen Auftreten acuter, metastatischer Tuberculose, so dass wir durch Resection möglicherweise mehr Menschen tuberculös machen, als vor Tuberculose bewahren. Die übrigen Indicationen, ausser dem vermeinten Schutz vor Allgemeininfection, für operatives Eingreifen, bleiben bestehen.

Cramer (Wiesbaden). Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste.

Eine junge Frau erkrankte nach einer Entbindung anscheinend an einer rasch fortschreitenden Lungenaffection. Von Mittag ab stellte sich täglich bis zum Abend auf 40° ansteigendes Fieber ein, dabei trockener Husten, Diarrhöen, grosse Reizbarkeit und sichtliche Abnahme der Kräfte, sogar Athemnoth. Da wurde am linken Oberschenkel dicht über dem Knie eine gänseei-grosse Geschwulst entdeckt, die rapid wuchs, deshalb wurde sie von v. Langenbeck entfernt. Die Geschwulst enthielt flüssiges Blut und hatte eine derbe Kapsel. Die Heilung erfolgte rasch. Auffallender Weise schwand sofort nach der Operation nicht nur das Fieber, sondern auch sämmtliche anderen Erscheinungen, die Frau wurde wieder ganz gesund. C. führt das eben beschriebene Krankheitsbild auf eine chronische Fibrinfermentintoxication von der Blutcyste zurück.

Küster (Berlin): Ueber Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastischen Operationen.

Um bei tiefen Wunden zuverlässige und breite Vereinigung zu erzielen, empfiehlt K. auf das wärmste versenkte Catgutnähte, sie machten oft die Drainage überflüssig und gefährdeten weniger die Ernährung als tiefgreifende Nähte. K. hat sie sehr oft angewandt, mit vortrefflichem Erfolge bei Perinäoplastik, Prolapsus vaginae, Laparomyomotomien, Verschluss des Uterusstumpfes nach Schroeder und zur Vereinigung der Bauchdeckenwunden nach Laparotomien, endlich auch zur Vermeidung der Drainage von Höhlenwunden nach Operationen in der Nähe des Afters.

Esmarch nimmt die Priorität der methodischen Anwendung von versenkten Nähten für Neuber in Anspruch.

Schroeder sagt, er habe die versenkten Catgutnähte aufgegeben, weil Catgut unzuverlässig sei. Mikulicz empfiehlt zu solchen Nähten Chromsäurecatgut, Küster Juniperuscatgut.

Jul. Wolff. Das Gesetz der Transformation der innern Architectur der Knochen bei pathologischen Veränderungen der äusseren Knochenform.

Schon in den Jahren 1870—1872 hat W. den Nachweis zu führen gesucht, dass jeder beliebigen Veränderung der äusseren Form der Knochen parallel geht und parallel gehen muss eine Aenderung der inneren Architectur der Knochen, und dass diese Aenderung in der innern Architectur festen mechanischen Gesetzen folgen müsse, die Knochenbälkchen müssen sich lagern, wie die Linien, welche die graphische Statik zur Darstellung der Vertheilung der Kräfte in belasteten Balken construirt. Die graphische Statik lehrt, dass bei jeder Formveränderung eines belasteten Balkens die Richtungen des maximalen Zuges und Drucks sich ändern. Auf den Knochen übertragen, der ja in Druck- und Zuglinien, nach dem Princip des geringsten Materialaufwandes bei grösstmöglicher Leistungsfähigheit aufgebaut ist, bedeutet dies so viel, dass ein in seiner Form veränderter Knochen erst dann wieder zu functioniren vermag, wenn seine ursprünglichen Bälkchen erst durch neue, für die veränderte Form und Inanspruchnahme statisch brauchbare Bälkchen ersetzt worden sind. Dieses «Transformationsgesetz» der Knochen demonstrirt W, an zahlreichen Präparaten, vornehmlich nur in folgenden sechs Puncten des reichhaltigen Thema: 1. Die Heilung der Knochenbrüche. Von jeher sah man den Heilungsvorgang bei Verwachsung des gebrochenen Knochens in der Herstellung einer festen Vernietung der Kochenenden durch den definitiven Callus. W. weist aber nach, dass damit ein provisorischer Zustand geschaffen, an den sich die Bildung der definitiven Umwandlung in der Knochenstructur weit über den Rayon der Fractur hinaus anschliesst. Fast immer verheilen die Knochen mit grösseren oder kleineren Difformitäten, dem entsprechend müssen sich völlig neue orthogonale Trajectoriensysteme bilden, ja Nachbarknochen müssen zuweilen sogar ihre Architectur umwandeln wie z. B. die Fibula bei Pseudarthrose der Tibia. Diese Sätze kann W. an den Präparaten nachweisen. Die allendliche Architectur des verheilten Knochens entsteht nicht, wie der sogen. definitive Callus durch den Entzündungsreiz, sondern durch den «trophischen Reiz der Function». Gewissermaassen in negativem Sinne weist W. dasselbe Gesetz an Ankylosen-Präparaten nach, auch dort findet in Folge der durch die entstandene Gelenkankylose veränderten Belastung resp. Function gleiche, gesetzmässige Umlagerung der Knochenbälkchen im ganzen Knochen statt.

2. Die Rhachitis; dieselbe führt durch Weichwerden der Knochen zu Verkrümmungen und anderen Formveränderungen derselben; auch hier weist W. dann dieselben feineren Umlagerungen nach, theilweise Erscheinungen, die früher schon empirisch beobachtet aber nicht gedeutet worden sind.

3. Das Genu valgum bietet W. ebenso Gelegenheit zur Erläuterung seiner Sätze. An der mehr belasteten lateralen Seite der Tibia ist die Spongiosa viel dichter und die Corticalis doppelt resp. 3 Mal so dick, wie an der medialen Seite. Ausserdem reicht die Markhöhle an der medialen Seite viel höher hinauf und gewinnt so eine excentrische Lage.

4. Das Knochenwachsthum. Das Transformationsgesetz widerlegt die Flourens'sche Theorie von der Passivität der fertigen Tela ossea; letztere ist nicht passiv, sie steht vielmehr keinem der übrigen Gewebe des Organismus an Activität nach.

5. Die Regeneration der Gewebe, geschieht nicht als ein entzündlicher Vorgang, oder eine Wiederholung der normalen Bildung, sondern ist nach W. die «functionelle Anpassung» an neue, durch pathologische Störungen bedingte Verhältnisse. Das bedingende und formgestaltende Princip aller Regeneration ist der «trophische Reiz der Function».

6. Der Kampf der Theile im Organismus. Wie der Darwin-sche Kampf der Individuen, die «Individualauslese», Herrn W. zufolge für die Ausbildung und Erhaltung der Art auf Kosten der Individuen sorgt, so bewirke der Kampf der Theile, die «Partialauslese», die Ausbildung und Erhaltung der Individuen auf Kosten der Theile derselben.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Kredel: Ueber die diagnostische Bedeutung des Nachweises freier Salzsäure im Mageninhalte bei Gastrektasie. (Zeitsch. für klinische Med. Bd. VII, H. VI).

v. d. Velden gehört das Verdienst darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass bei Gastrektasie in Folge carcinomatöser Erkrankung die Salzsäure in dem Magensafte vermisst wird, während dieselbe bei einfacher Gastrektasie stets vorhanden ist. Er empfahl zum Nachweis der Salzsäure das Methylanilinviolett (Blaufärbung), das Tropaeolin (Rothfärbung) und das Fuchsin (Entfärbung).

Ewald hatte gleichfalls seine Magenkranken auf die Salzsäure im Magensafte untersucht und hatte bald negative bald positive Resultate erhalten. Inzwischen hatte Uffelmann die Methoden zur qualitativen Bestimmung der Salzsäure im Magensafte einer sorgfältigen Kritik unterzogen. Er giebt als unstreitig sicherstes Reagens das Methylviolett an; dasselbe ist bei einem Gehalte von 1¹/₄ pro Mille absolut sicher. Das Tropaeolin muss nach ihm, da auf 2 pro Mille Milchsäure genau dieselbe Rothfärbung eintritt, wie bei einer 2 pro Mille Salzsäurelösung, als werthlos für die Reaction des Magensaftes erklärt werden. Zu diesen Reactionen fügte nun Uffelmann unter anderen noch eine sehr empfindliche Reaction auf Milchsäure resp. Salzsäure hinzu, das ist eine Mischung von Eisenchlorid und Carbolsäure (3 Tropfen Liq. ferri sesq., 3 Tropfen concent. wässeriger Carbolsäurelösung, 20 Ccm. aq. dest.) Ein Ccm. dieser amethystblauen Lösung wird durch Spuren einer $\frac{1}{2}$ pro Mille Milchsäurelösung gelblich gefärbt, während kleine Mengen einer $\frac{1}{2}$—2 pro Mille Salzsäurelösung stahlgraue Färbung in grösseren Mengen gänzliche Entfärbung hervorrufen. Bei Gegenwart beider Säuren überwiegt die erstere. Kredel benutzte bei seinen Untersuchungen das Tropaeolin, das Methylviolett und das Eisenchloridcarbol. Die Combination dieser 3 Proben bietet den Vortheil möglichster Sicherheit neben ihrer Bequemlichkeit. Das Tropaeolin ist nach Kredel ein sehr empfindlicher Indicator für Salzsäure, deutliche Methylviolettreaction weist mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Salzsäure hin, während die vorhandene Milchsäure durch die Gelbfärbung der Eisenchloridcarbolmischung leicht erkannt wird.

Mit diesen Reactionen untersuchte Kredel den Magensaft von 17 an einfacher Magendilatation Leidenden und von 19, bei denen die Magendilatation Folge von carcinomatöser Erkrankung war.

Bei keinem der 17 Fälle von einfacher Magendilatation wurde die freie Salzsäure vermisst und nur in einem Falle fehlte dieselbe zeitweilig. Einer von diesen 17 litt dabei an so hochgradiger Anämie, wie sie beim vorgeschrittensten Carcinom nicht hochgradiger gefunden werden kann; bei der Section wurde kein Carcinom gefunden. Dieser Fall widerlegt den Einwand, der v. d. Velden gemacht wurde, dass nur hochgradige Anämie bei den Carcinomkranken das Fehlen der Salzsäure verschulde.

Von den 19 Fällen von Carcinoma ventriculi cum dilatatione wurde die Diagnose in 5 Fällen durch die Section bestätigt; die übrigen verliessen meist nach längerem Aufenthalte die Klinik und mehrere starben bald darauf zu Hause. Auch hier hat sich die Erfahrung v. d. Velden bestätigt; es fand sich keine Salzsäure, während die Eisenchloridcarbolprobe in der Regel deutliche Gelbfärbung gab. Die Diagnose in den nicht obducirten Fällen wurde durch die bekannten für Carcinom sprechenden Momente, Fühlbarkeit des Tumor, Kachexie, Abnahme des Körpergewichts bei längerer Beobachtung etc. gestützt. In einem Falle, der gleichfalls durch die Section als Carcinoma ventriculi bestätigt wurde, fehlte anfangs die Salzsäure, trat aber nach mehrmaligen Ausspülungen des Magens auf. Als der Kranke sich auf kurze Zeit bei rationeller Diät wohler fühlte, war die Salzsäure stets vorhanden; in den letzten Monaten des Lebens schwand sie aber vollständig und es konnte nur die Milchsäure nachgewiesen werden.

Als Schlussfolgerungen aus dem Besprochenen lassen sich nach Kredel folgende Puncte hervorheben.

1. «Zum Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalt empfiehlt sich die Combination der Tropaeolin-, Methylviolett- und Eisenchloridcarbolprobe.

2. Das von v. d. Velden entdeckte Fehlen freier Salzsäure im Mageninhalte bei durch carcinomatöse Pylorusstenose bedingter Gastrektasie bildet eine fast durchgängige Regel; es finden sich jedoch seltene Ausnahmen.

3. In dem Nachweis freier Salzsäure bei Gastrektasie ist sonach ein wichtiger diagnostischer und prognostischer Anhaltspunct gegeben.

4) Die Ursache des Fehlens freier Salzsäure bei Magencarcinom kann nicht in der Anämie gesucht werden». L—n.

M. Hofmeier: Zur Casuistik des Stachelbeckens und der Perforation des Douglas'schen Raumes bei der Geburt. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. X. H. I)

Vf. giebt die Krankengeschichte einer II. para, die bei ihrer ersten Entbindung, die künstlich beendet werden musste, eine Blasenscheidenfistel acquirirte, welche später operativ erfolgreich geschlossen wurde. — Untersuchung per vag. zeigt auffallend tiefe Einrisse am Orif. ext. und derbe, narbige Beschaffenheit der Cervix, sowie ein besonders starkes Vorspringen des Promontorium. — Es wurde zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt (36 Wochen) geschritten. — Da sich trotz kräftiger Wehen der Kopf nicht einstellte, Wendung und Extraction. Während derselben ein eklamptiformer Anfall, Pulslosigkeit, Tod 2 Stunden p. part. — Am Kindskopf zeigt sich ein tiefer, löffelförmiger Eindruck.

Das macerirte Becken zeigt eine vollständig synostotische Verschmelzung des 1. Kreuzbeinwirbelkörpers mit dem des letzten Lendenwirbels, während die Gelenkfortsätze an der Verwachsung nicht theilnehmen. Dagegen sind wieder der linke Process. transv. des 1. Lendenwirbels und der Flügel des Kreuzbeins in seinem äussersten Ende knöchern verschmolzen. Ganz besonders verändert aber wird die Form des Beckeneingangs durch einen vom Promont. ausgehenden, unterhalb der oben beschriebenen Synostose beginnenden, nach vorn und etwas nach unten gerichteten Fortsatz, der frei in den Beckenraum hineinragt und nach unten zu in eine scharfe Kante ausläuft. H. nimmt nun Veranlassung, abgesehen von dem path.-anat. Interesse, den das Becken als solches darbietet und dem er in der Literatur kein analoges an die Seite stellen kann, an der Hand dieser Anomalie auf eine Ansicht hinzuweisen, die bisher eigentlich nur theoretisch aufgestellt worden ist. — A priori muss es nämlich auffallen, dass bei den so häufig beobachteten Fällen von Vesicovaginalfisteln nach schweren Geburten so unverhältnissmässig selten Durchreibung der hinteren Scheidenwand und Eröffnung des Douglas vorkommt, obgleich doch hier der Druck auf das Promont. entschieden ein viel intensiverer ist, als auf die Symphyse, und gleichzeitig die die Vag. von der Peritonäalhöhle scheidenden Gewebe hier verhältnissmässig wenig widerstandsfähig sind. Nach Ansicht der meisten Geburtshelfer nun wäre diese Durchreibung ziemlich selten, und sollte sie vorkommenden Falls die Veranlassung zu Mastdarmscheidenfisteln werden, oder aber (nach Spiegelberg) bisweilen sogar zu Uterusrupturen mit tödtlichem Ausgang führen. – Nur Schröder hält dieses Vorkommniss nicht für so gar selten, glaubt aber dass derartige Fälle deshalb nicht häufig zur Beobachtung kommen, weil es schon vor der Perforation zu ädhäsiver Peritonitis und dadurch bewirkter Abschliessung gegen die Peritonäalhöhle komme. — In der That fand H. an der hinteren Scheidenwand seines oben beschriebenen Beckens eine deutliche, ziemlich tiefe narbige Einziehung und dem entsprechend im Douglas eine derbe Leiste, die den Douglas'schen Raum in 2 Theile theilte und etwa 3 Cm. oberhalb seiner tiefsten Stelle endete. Es hatte also hier bei der ersten Geburt eine Perforat. stattgefunden, die vollständig symptomlos verlaufen war. — Im Anschluss daran berichtet dann H. noch über einen 2. Fall aus seiner Praxis, wo beim Katheterisiren vor der Geburt durch das Katheter Meconium entleert wurde, also schon während der Geburt der Durchbruch in die Blase stattgefunden hatte. Nach der per forceps beendigten Geburt entleerte sich aus dem *Uterus übel*riechende, mit Gasblasen gemischte Flüssigkeit. Bei der inneren Untersuchung fand sich neben der bereits diagnosticirten Blasenfistel eine für den Finger zugängliche Perforation in den Douglas und bei der später vorgenommenen Fisteloperation zeigte sich in der hinteren Vaginalwand eine derbe Narbe, sowie Fixation der Cervix an der hinteren Beckenwand. Das Wochenbett war vollständig normal verlaufen, und wäre auch hier wohl die genannte Perforation unbeobachtet geblieben, wenn nicht der gleichzeitig bestehende Blasenscheidenriss die Untersuchung per vag. nöthig gemacht hätte. S.

O. Rosenthal: Ueber einen Fall von zahlreichen Polypen der Harnröhre. (Berlin. klin. Wochenschr. 1884. № 23).

Bei einem 31-jährigen Manne, der schon seit Jahresfrist an den landläufigen Symptomen eines chronischen Trippers erfolglos behandelt worden war, fand Verf. bei der endoskopischen Untersuchung die ganze Harnröhre von der Pars prostatica bis zur Fossa navicularis mit papillären Excrescenzen besetzt, welche theils mit ganz dünnen Stielen, theils mit breiterer Basis der Urethralschleimhaut aufsassen und in der Pars membranacea, der Pars bulbosa und in der Mitte der Pars cavernosa dicht gedrängte Gruppen bildeten. — Aetiologisch schien der gonorrhoïsche Ursprung dieser an die Condylomata acuminata der Glans penis erinnernden Wucherungen nicht fraglich zu sein.

Es gelang dem Verf. allmälig im Verlaufe vieler Sitzungen sämmtliche Polypen mit dem besonders zu diesem Zweck construirten, langgestielten scharfen Löffelchen zu entfernen, durch welches unter Führung des Endoskopes die Wucherungen theils abgeschabt, theils abgequetscht wurden. D—o.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Xerosis conjuntivae und ihre Begleiterscheinungen von Dr. Kuschbert. (Sep.-Abd. a. d. «Deutsch. med. Wochenschrift 1884. № 24).

— Lehrbuch der Arzneimittellehre. Mit gleichmässiger Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Pharmakopoe, bearbeitet von Dr. W. Bernatzik und Dr. A. E. Vogl. I. Hälfte. (Bogen 1—18). — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Die Geburt bei engem Becken. — Nach eigenen Beobachtungen und Untersuchungen von Dr. K. Litzmann. — Breitkopf & Härtel, Leipzig 1884.

— Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für prakt. Aerzte und Studirende von Dr. Ed. Albert. — I. Bd. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses. — Mit 127 Holzschnitt. 3. Aufl. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Chirurgische Operationslehre. Ein Leitfaden für die Operationsübungen an der Leiche. Mit Berücksichtigung der chirurg. Anatomie für Studirende und Aerzte, bearbeitet von Dr. K. Löbker. I. Hälfte, Bg. 1—10. — Mit 107 Holzschnitt. Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Diagnostik und Therapie der Rückenmarkskrankheiten in 12 Vorlesungen von Dr. M. Rosenthal. II. Aufl. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1884.

— Taschenbuch für Vertrauensärzte von Dr. G. Herzfeld.—R. Wilhelmi, Berlin 1884.

— Praktische Regeln für Hebammen.—F. Wassermann. Reval 1884.

— Das Eczem im Kindesalter von Dr. P. Unna. (Sep.-Abdr. a. d. Deutsch. Medic.-Zeitg. № 43—47. 1884).

— Ueber Desinfection der Viehställe von Dr. H. Plaut. — H. Voigt. Leipzig, 1884.

— Die Uterinblutungen, ihre Aetiologie, Diagnose und Therapie von W. Snegirew. Mit 44 Abbildungen und 3 Tabellen. (russ.) — Moskau 1884.

— On herpes progenitalis, especially in women, by Dr. P. Unna. (Reprin. from «The journal of cutaneous and venereal diseases.» Vol. I. № 11, 1883).

— Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. — Neuere Arbeiten über Kern- und Zelltheilung. Mit einer autographirten Tafel als Autorbeilage. — Fettsalben und Kühlsalben. — Schwefelcalcium in der Dermatologie. — Die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere des Eczems von Dr. P. Unna. (Separ.-Abdrücke a. d. Monatsheften für prakt. Dermatologie).

— Das Ichthyol bei inneren Krankheiten von Dr. P. Unna. (Sep.-Abd. a. d. Deutsch. Medic.-Zeitg. № 17. 1883).

— Dr. G. Beck's «Therapeutischer Almanach». II. Jahrgang. Des «Taschenbuch's der neusten Therapie». III. Bd. II. Heft. — Dalp'sche Buchhandl. Bern, Leipzig, Stuttgart, 1884.

— Die Zuckerharnruhr. — Mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkranke von Dr. E. Hertzka. — H. Feller, Karlsbad und Nizza 1884.

— v. Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie. — IV. Bd. Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufsstörungen von Dr. M. Oertel. Mit 37 Abbildungen im Text. — F. C. W. Vogel, Leipzig 1884.

— Memorabilien. Zeitschrift für rationelle prakt. Aerzte, herausgegeben von Dr. Fr. Betz. — 1884. Heft 2—4.

— Grundriss der Geschichte der Medicin von Dr. H. Haeser. — G. Fischer, Jena 1884.

— Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Für Aerzte und Studirende dargestellt von Dr. P. Fürbringer. — Fr. Wreden, Braunschweig, 1884.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. Februar 1884.

1. Dr. Voss stellt der Gesellschaft den auf der Sitz. v. 12. Jan. 1883 erwähnten Pat. vor, an welchem er die Unterbindung der Art. mammaria int. sinistra vollzogen. Pat. ist gegenwärtig vollständig hergestellt.

2. Dr. Hampeln hält einen Vortrag «zur Symptomatologie der occulten visceralen Carcinome». Verf. weist auf die Bedeutung der *allgemeinen* Symptome für die Diagnose des visceralen Carcinoms hin, trotzdem ihnen eine eigentliche Specificität nicht zukomme. Er unterscheidet 2 Haupttypen der allgemeinen Folgeerscheinungen eines Carcinoms, den einfach marastischen — und den anämischen. Ersterer ähnele dem Marasmus senilis, sein Contrast mit dem verhältnissmässig jugendlichen Alter eines Erkrankten dürfe den Verdacht auf Carcinom begründen. Letzterer gleiche der perniciösen Anämie und sei vor Verwechselung mit ihr wesentlich durch ihre grosse Seltenheit geschützt. Einen directen Schluss auf Carcinom gestattet keiner dieser Typen, sondern nur einen indirecten, wenn die sorgfältigste Untersuchung alle anderen localen und allgemeinen Ursachen des Marasmus ausschliessen kann.

Nachdem Vortr. die Bedeutung beider Typen an 7 eingehend referirten Fällen erläutert, berichtet er zum Schluss über 2 Fälle von Magencarcinom, in welchen intermittirende Fieberparoxysmen, wenigstens in einem der Fälle, das Urtheil lange irre geführt hatten. Eine Complication des Carcinoms mit Malaria wurde durch den unregelmässigen Verlauf der Fieberparoxysmen, die Abwesenheit eines Herpes und namentlich eines Milztumors ausgeschlossen; indessen wurde zur selben Zeit Malaria an anderen Patienten beobachtet.

Auf Dr. Hehn's bez. Anfrage berichtet Vortr., dass er besonders bei Magen- und bei Lebercarcinomen Fieberbewegungen beobachtet habe, Durchfälle nur bei medullären Carcinomen des Magens und gegen Ende der Krankheit.

Dr. A. Meyer hat 1883 einen Fall von Carcinom des Colon beobachtet, in welchem 2 Fieberanfälle auftraten. Kein Milztumor, Chinin wirksam.

Dr. Hach: Fehlen des Milztumors sei kein absolut sicheres Zeichen fehlender Malaria. Bei Recidiven werde öfters der Milztumor vermisst.

Dr. Hampeln: Fehlen des Milztumor bei Malaria sei nach seinen Erfahrungen äusserst selten. Indessen habe auch Dr. Masing in St. Petersburg solche Fälle beobachtet.

Dr. Miram fragt, ob nicht das Verhalten von der Palpation zugänglichen Lymphdrüsen in den erwähnten Fällen zur Diagnose herangezogen werden konnte.

Dr. Hampeln: nein, der Befund an den Drüsen war negativ. Nur bei Pleuracarcinomen fanden sich verdächtige Cervicaldrüsen.

Secretair Dr. Mercklin.

Vermischtes.

— Am 29. Juli (10. August) fand die feierliche *Eröffnung des internationalen medicinischen Congresses in Kopenhagen* statt. Prof. Panum, als erster Geschäftsführer des Congresses, hiess die Anwesenden willkommen, worauf Paget, Virchow und Pasteur für den herzlichen Empfang dankten. Zum Präsidenten des Congresses wurde Prof. Panum gewählt. Die Zahl der Theilnehmer am Congresse ist eine recht grosse, gegen 1500 Personen, welche sich nach telegraphischen Nachrichten auf die verschiedenen Nationen folgendermassen vertheilen: 350 Dänen, 150 Schweden, 100 Norweger und mehr als 800 anderer Nationen.

— Der «Russ. Medicina» ist von der Ober-Militär-Medicinalverwaltung die Mittheilung zur Veröffentlichung zugegangen, dass Gesuche um Anstellung im Militär-Medicinaldienst von freiwilligen verabschiedeten und im Civildienst stehenden Ärzten einstweilen nicht berücksichtigt werden können, da die Zahl der Vacanzen eine sehr beschränkte ist und im November d. J. eine Entlassung von jungen Aerzten aus der militär-medicinischen Academie bevorsteht.

— Der Warschauer ärztliche Verein hat *ethische Regeln*, welche ähnlich dem Code of ethics der amerikanischen Aerzte das Verhältniss der Aerzte zum Publicum und der Aerzte zu einander behandeln, ausgearbeitet und dieselben bereits veröffentlicht. Wir werden nächstens den Wortlaut dieser Regeln und eine Besprechung derselben bringen.

— Der Director des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Geh.-Rath Dr. Struck ist beurlaubt worden. Wie verlautet, wird Dr. Struck auf seinen Posten nicht zurückkehren und soll zur Leitung des Reichsgesundheitsamtes Prof. Dr. Skrzeczka, Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, berufen werden. Dr. Koch soll die Leitung des neuen hygienischen Instituts, welches an der Berliner Universität eingerichtet wird, übertragen werden.

— Aus Anlass des bevorstehenden Jubiläums der Universität Kijew sind, wie die «A. m. C.-Ztg.» erfährt, die Wiener Professoren Benedict, Billroth, Brücke, Langer, Meynert und Nothnagel von dieser Universität zu Ehrendoctoren ernannt.

— Der berühmte Professor der Physiologie in Tübingen, Dr. Carl v. Vierordt, ist von seiner Lehrthätigkeit an dieser Universität zurückgetreten. An seine Stelle ist Prof. Grützner aus Bern berufen worden.

— In Königsberg hat der dortige Professor der Physiologie Dr. v. Wittich ebenfalls seine Lehrthätigkeit aufgegeben. Die erledigte Professur ist Prof. Hermann in Zürich angeboten worden.

— Der Arzt Bismark's, Dr. Schweninger, welcher bereits ausserordentliches Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsamtes war, ist jetzt zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Berliner Universität ernannt worden trotzdem diese Facultät, wie verlautet, auf die an sie gerichtete Anfrage, ob sie mit der Ernennung des Dr. Schweninger zum ausserordentlichen Professor der medicinischen Facultät sich einverstanden erklären würde, ablehnend geantwortet haben soll.

— In Wien ist Wilhelm Braumüller, Chef der dortigen Hofbuchhandlung, gestorben, in deren Verlage bekanntlich eine grosse Anzahl trefflicher medicinischer Werke erschienen sind.

— Der Cholera sind folgende Aerzte bei Ausübung ihres Berufes bereits zum Opfer gefallen: Ausser Dr. Borel, dessen Tod wir bereits gemeldet haben, die DDr. Rebitte, Masselet und Patras in Marseille und Dr. Bouwgarel und der Stud. med. Dumas in Toulon.

— Der bekannte Elektrotherapeut Dr. Seimus ist nach Marseille gereist und lässt in den Sälen der dortigen Choleraspitäler elektro-galvanische Maschinen arbeiten von der Idee ausgehend, dass durch die Entwickelung von Elektricität Ozon erzeugt wird, das desinficirend und vielleicht auch heilend wirken soll. (A. m. C.-Z.)

— Die letzten Nachrichten aus Marseille und Toulon constatiren eine fortschreitende Abnahme der Choleraepidemie. In Toulon ist am 11. August (30. Juli) sogar *kein* Choleratodesfall vorgekommen. In Folge der Abnahme der Epidemie ist das Ambulanzpersonal verringert und sind die Doctoren und Studenten aus Montpellier heimgereist. Dagegen wird aus einem kleinen Dorfe Omergnes in den Niederalpen gemeldet, dass daselbst in 2 Tagen 40 Personen an der Cholera gestorben seien. Die Bestätigung dieser telegraphischen Nachricht ist jedoch noch abzuwarten.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 22. Juli 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2215	1595	3810
Kinderhospitäler	98	87	185
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	170	48	218
Scharlach	5	8	13
Pocken	3	6	9
Venerische Krankheiten	306	410	716

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 21. Juli 1884 besucht von 2500 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1038.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 22. bis 28. Juli 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
290	186	476	119	55	79	9	0	16	38	48	30	40	21	14	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 5, Pocken 4, Masern 5, Scharlach 3, Diphtherie 4, Croup 1, Keuchhusten 10, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 5.

— Gehirnapoplexie 7, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, acute Entzündung der Athmungsorgane 48, Lungenschwindsucht 68, andere Krankheiten der Brusthöhle 10, Gastro-intestinal-Krankheiten 113, andere Krankheiten der Bauchhöhle 15, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 21, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	6—12 Juli	181 732	71	4	20,3	5,6	34,8
Kopenhagen	9—15 Juli	267 000	128	10	24,9	7,8	33,7
Berlin	13—19 Juli	1 225 065	1053[1])	72	44,7	6,8	37,4
Wien	13—19 Juli	759 849	439	11	30,0	2,5	35,6
Brüssel	6—12 Juli	171 293	97	7	29,4	7,2	29,3
Paris	11—17 Juli	2 239 928	1195	123	27,8	10,3	28,2
London	13—19 Juli	4 019 361	2007	246	26,1	12,2	34,5
St. Petersburg	20—26 Juli	928 016	510	59	28,5	11,5	30,7

[1]) Einschliesslich 199 an Enteritis und 307 an Brechdurchfall.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 3 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 32. St. Petersburg, 11. (23.) August 1884.

Mittheilungen aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium.

I. Chemische und bacteriologische Untersuchungen betreffend die Wasserversorgung St. Petersburgs, nebst einem Beitrag zur Biologie der Mikroorganismen.

Von
Dr. chem. A. Poehl,
Mitglied des Medicinalraths des Ministeriums des Innern,
Docent der Kaiserl. Med.-Chirurgischen Academie.

(Fortsetzung).

Meine Untersuchungen des Wassers auf entwickelungsfähige Mikroorganismen begannen erst im Herbst 1883, nachdem ich die Untersuchungsmethode [4]) wie erwähnt, im Kaiserlichen Gesundheitsamt kennen gelernt. Eine kurze Beschreibung dieser Untersuchungsmethode, wie sie F. Tiemann [5]), meines Wissens zuerst in Anwendung gebracht, glaube ich dem Leser nicht vorenthalten zu dürfen. Um die Zahl der im Wasser befindlichen entwickelungsfähigen Mikroorganismen zu bestimmen, wird eine entsprechende Menge Wasser mit flüssig gemachter und unmittelbar vorher in Siedehitze sterilisirter Nährgelatine vermischt. Die Menge des hierbei zu verwendenden Wassers muss durch Vorversuche bestimmt werden und schwankt zwischen $^1/_{1000}$ Tropfen und 10 Tropfen. Die zur Abmessung der Tropfen dienende Pipette ist graduirt; 1 Ccm. entspricht 22 Tropfen Wasser. Zur Mischung mit dem Wasser dienen bei jeder Untersuchung 10 Ccm. verflüssigter Gelatine, welche sofort auf einer horizontal gelagerten, vorher durch Hitze desinficirten Glasplatte ausgebreitet werden. Diese Manipulation wird in einem kalten Raume ausgeführt, so dass die Gelatine nach wenigen Minuten erstarrt. Die Platte wird hierauf in eine feuchte Glocke gelegt und in einem geheizten Zimmer aufbewahrt. Es entwickelt sich dann im Laufe von 40—60 Stunden eine der im Wasser enthaltenen Mikroorganismen entsprechende Anzahl von Colonien in Form von mehr oder weniger grossen, verschieden gefärbten, die Gelatine hin und wieder verflüssigenden Puncten und Tropfen. Die Zahl dieser Colonien wird in der Weise bestimmt, dass unter die Glasplatte eine zweite Glasplatte mit eingeätzten Quadratcentimetern gelegt wird. Die zur Entwickelung gekommenen Colonien werden dann direct gezählt oder es werden auf verschiedenen Stellen der Platte mit Hülfe des Mikroskops bei 30facher Vergrösserung dieselben gezählt und hiernach die Durchschnittszahl derselben bestimmt. Die Anzahl der Quadratcentimeter, welche die Fläche der ausgebreiteten Gelatinschicht einnimmt, wird mit der genannten Durchschnittszahl multiplicirt. Es ergiebt sich hieraus die Zahl der entwickelungsfähigen Organismen, welche in dem der Gelatine zugesetzten Quantum Wasser enthalten war, so dass daraus die Zahl der in einem Ccm. dieses Wassers vorhandenen Keime berechnet werden kann. Diese Zahl kann zwar nur einen Anspruch auf annähernde Richtigkeit machen, dieselbe fällt jedoch jedenfalls geringer aus, als es der Wirklichkeit entspricht, da mehrere unmittelbar zusammenliegende Keime in eine Kolonie zusammenfallen und manche Mikroorganismen nicht zur Entwickelung gelangen.

Die in der Methode liegenden Fehlerquellen bewegen sich übrigens in sehr engen Grenzen. Bei wiederholten Versuchen, in denen gekochtes, destillirtes Wasser, mit einer Nährgelatine gemischt, untersucht wurde, betrug bei F. Tiemann die Anzahl der aus 1 Ccm. dieses Wassers gezüchteten Colonien 4—6. Ein gleiches Resultat ergeben auch meine Versuche. Diese Zahl ist verschwindend klein, gegenüber der grossen Anzahl von Colonien, welche in den untersuchten Wasserproben zur Entwickelung gelangen. (cf. die Tabelle auf p. 334.)

Die Mikroorganismencolonien, die bei diesen Untersuchungen erhalten worden, weisen in ihrem makroskopischen, wie auch mikroskopischen Character ziemlich viel Mannigfaltigkeit auf.

Je nach dem physiologischen Verhältniss der Nährgelatine zum Mikroorganismus, nach dem Entwickelungsgange der Colonie wird der Character derselben bedingt, die Gelatine wird von manchen verflüssigt, von manchen gefärbt und es bilden sich kreisrunde oder ovale Flecken (letztere

[4]) Conf. Verhandlungen der Gesellschaft für öffentl. Gesundheitspflege zu Berlin über Canalisation und Berieselung. 29. Januar, 26. Febr., 19. März, 23. April 1883. — Heydenreich. Wratsch 1883. № 31 und 41.

[5]) F. Tiemann. Pharm. Centralbl. 24. 401.

wenn die Gelatine nicht vollkommen horizontal liegt und ungleiche Spannungsverhältnisse in der Masse derselben sind), manche mit scharfabgegrenztem, manche mit verschwommenem Rand. Einige Colonien haben einen baumartig verzweigten Character, manche entwickeln sich nur auf der Oberfläche, andere nur unter Luftabschluss innerhalb der Gelatineschicht.

Zeit der Probeentnahme.	Ort der Probeentnahme.	Anzahl der entwickelungsfäh. Mikroorganismen in 1 Com. Was.	Oxydirbarkeit des Wassers für 100,000 Th. (nach Kubel).
1883.			
25. Sep.	Newa gegenüber der Börse	1500	17,264
»	Newa gegenüber der 12. Linie	1040	16,956
»	Kleine Newa bei der Tutschkow-Brücke	4836	18,805
»	Wasserleitung Wass.-Ostrow, 7. Lin. № 18.	1430	—
1. Oct.	Newa gegenüber dem Wasserleitungsthurm	312	15,414
»	Newa gegenüber der 12. Linie	322	—
»	Wasserleitung Wass.-Ostrow, 7. Lin. № 18	364	—
»	Kleine Newa, unweit d. Mündung von Tschernaja Retschka	5772	19,114
»	Fluss Wolkowo	483560	—
»	Kanal Fontanka, unweit d. Ssemenow-Brücke.	10504	17,572
»	» » unweit d. Kalinkin-Brücke	21632	25,588
24. Oct.	Newa gegenüber dem Senat	1524	—
»	Newa gegenüber der 12. Linie	1092	—
»	Kanal Moika, unweit des Findelhauses	109200	—
»	Wasserleitung, Haus Olivier bei der Steinernen Brücke	71630	—
10. Nov.	Wasserleitung, Kleine Stallhofstr., Haus № 8.	34710	—
12. Nov.	» Kleine Stallhofstr., Haus № 8.	32240	—
»	» Theaterplatz, Haus König	7956	—
»	» Haus Olivier bei d. Steinernen Brücke	49552	—
6. Nov.	Wasserleitung, Haus Olivier bei d. Steinernen Brücke	24024	—
»	Wasserleitung, Theaterplatz, Haus König	11492	—
»	» Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 2.	3120	12,913
»	» Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 36.	2730	12,605
»	» Wass.-Ostr., 3. L. H. Junker.	832	12,609
20. Nov.	Newa gegenüber der 12. Linie	6500	—
26. Nov.	Newawasser unweit der Wasserleitungsröhren beim Wasserthurm	3146	—
»	Wasserleitungswasser aus dem Hause Murusi in der Liteinaja	6292	—
»	Wasserleitungswasser a. d. Feuerlöschkrahn a. d. Ecke d. Liteinaja u. Spasskaja	6028	—

Ich will hier in Kürze den Character von denjenigen Colonien anführen. die ich zumeist Gelegenheit hatte im Wasser zu finden:

1) Weisse, scharfabgegrenzte, runde, aus der Gelatineschicht sich hervorwölbende, perlartige, die Gelatine nicht verflüssigende Colonien erwiesen sich bei mikroskopischer Prüfung als aus Mikrokokken bestehend.

2) Grauweisse, runde oder ovale, verhältnissmässig sich schneller entwickelnde als die ersten, mit verschwommenem Rande versehene Colonien, welche gleichfalls die Gelatine nicht verflüssigten und aus Mikrokokken bestanden.

3) Intensiv gelb gefärbte, scharfabgegrenzte, sich wölbende, die Gelatine nicht verflüssigende Colonien.

4) Grauweisse, runde oder ovale, scharfabgrenzte Flecken in der Gelatine, bestehend aus einer ziemlich flüssigen Masse, stellen Colonien von Bacterien mit eigenartiger schneller Bewegung dar, welchen die Eigenschaft der Verflüssigung der Nährgelatine zukommt.

5) Grauweisse, sich ungemein schnell entwickelnde wurzelförmig sich verzweigende und verflechtende Colonien.

6) Gelbliche, sich langsam entwickelnde und die Gelatine verflüssigende runde oder ovale Colonien.

7) Colonien in Form von runden oder ovalen Flecken mit characteristischer bläulich - grüner Fluorescenz und Phosphorescenzvermögen.

Ferner sind Colonien von Mucor, Penicillium, Aspergillus, Botrydium etc. vorhanden, die sich ausschliesslich nur an der Oberfläche entwickeln. Mit einigen dieser Colonien habe ich Versuche von Reinculturen gemacht und dieselben auf Kartoffelscheiben gezüchtet. Die Reinculturen waren mir recht befriedigend gelungen, das Nähere darüber mitzutheilen behalte ich mir vor; einstweilen will ich nur einige Versuche erwähnen, die für die hygienische Beurtheilung der Mikroorganismen unseres Newawassers von einigem Interesse sein können.

Nach Analogie mit einigen pathogenen Mikroorganismen, werden meist die Gelatine verflüssigenden Mikroorganismen (resp. deren Colonien) für gesundheitsschädlich betrachtet und daher hielt ich es für erforderlich einige dieser Culturen von Mikroorganismen des Newawassers in Hinsicht ihrer physiologischen Wirkung auf Thiere zu prüfen. Dr. B. v. Anrep, war so freundlich entsprechende Versuche mit meinen Culturen anzustellen und es ergab sich, dass bei directer Verimpfung eine wesentliche physiologische Einwirkung pathogener Natur an den Thieren nicht beobachtet wurde. Ein gleiches Resultat wurde erhalten bei Verimpfung von Rohculturen, wie ich dieselben direct aus dem Newawasser erhielt — also eine Mischung von verschiedenen dem Wasser eigenthümlichen Mikroorganismen — es wurde auch in diesem Falle eine ausgesprochene pathogene Wirkung von Dr. v. Anrep nicht beobachtet. Uebrigens kann aus diesen Versuchen noch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Mikroorganismen des Newawassers im Trinkwasser dem Menschen unschädlich sind; zudem sind auch Versuche, bei welchen die Mikroorganismen in den Verdauungsapparat eingeführt wurden nicht angestellt und gerade in diesem Falle wäre in Folge individueller Verschiedenheit ein Schluss vom Experiment mit dem Thier auf den Menschen nicht völlig berechtigt. Die vielfach vertretene Anschauung, als wenn der Gehalt an gelöster organischer Substanz in directer Beziehung zum Gehalt an Mikroorganismen steht, ist jedenfalls unbegründet. Und ein Schluss von einem Befunde auf den anderen ist nicht statthaft, wie aus obenerwähnten Untersuchungsresultaten ersichtlich.

Die Ergebnisse der chemischen Untersuchungen weisen vor Allem im Newawasser einen ungemein geringen Gehalt an gelösten anorganischen Bestandtheilen auf (3,76 Grm. im Hectoliter) neben einer relativ hohen Oxydirbarkeit des Wassers. (Die Oxydirbarkeit entspricht einem Gehalt von 13,52 Grm. Kubel's organischer Substanz im Hectoliter) während der wirkliche Gehalt an organischer Substanz im Verhältniss zur hohen Oxydirbarkeit gering ist (entsprechend dem Glühverlust des Abdampfrückstandes 2,28 Grm. im Hectoliter). Dem allgemeinen Character nach gehören die gelösten organischen Substanzen des Newawassers zu den Huminkörpern. Im Wasser des Ladoga-See hat Dr. Pawlow ein fast gleiches Quantum von organischer Substanz mit gleich hoher Oxydirbarkeit, wie in der Newa gefunden. Meine Untersuchungen von Wasserproben, die weit oberhalb Petersburgs genommen sind (22 Werst von der Stadt entfernt), ergaben gleichfalls, dass ein wesentlicher Unterschied in Hinsicht der Oxydirbarkeit zwischen diesem Wasser und demjenigen, welches die ganze Stadt Petersburg passirt, kaum wahrzunehmen ist. Aus diesen Thatsachen ergiebt es sich, dass die hohe Oxydirbarkeit des Newawassers *durchaus nicht einer Verunreinigung der Newa von Seiten der Stadt zuzuschreiben ist,* wie Solches bis jetzt noch häufig selbst in der Literatur von Fachleuten behauptet wird. Man muss nur in Betracht ziehen, das Verhältniss der in schneller Strömung sich bewegenden enormen Wassermasse im Newaflussbett zur relativ unbedeutenden Menge der Abflusswässer und es wird erklärlich, woher die Verunreinigung des Newawassers durch die Stadt Petersburg der Oxydirbarkeit nach zu urtheilen nur 0,5 Grm. auf 1 Hectoliter gleich kommt. An dieser relativ günstigen Erscheinung sind natürlich nicht irgend welche Vorsichtsmaassregeln von Seiten der Stadtverwaltung Schuld, sondern dieses glückliche Verhältniss haben wir nur der Strömung und der Wassermenge der Newa zu verdanken.

Wir ersehen beispielsweise schon aus den chemischen Untersuchungsergebnissen, wie weit die Abflusswässer in der Stadt das Wasser der Kanäle Petersburgs beeinflussen, abgesehen davon, dass die Wassermassen in den Kanälen auch ziemlich bedeutende sind. Diese Untersuchungen stellte

ich 1880 (7. Juni) an, die Wasserproben habe ich zum grössten Theil persönlich entnommen. Die Oxydirbarkeit von 1 Hectoliter entsprach einem Gehalt an Kubel's organischer Substanz in der Moika in der Nähe des Ingenieur-Palais von 16,23 Grm.; in der Moika in der Nähe der Polizei-Brücke 19,48; in der Moika in der Nähe des englischen Prospect 19,67; in der Moika kurz vor der Vereinigung mit dem Krjukowkanal 15,71; denselben Tag ergaben die Newawasserproben unweit der Smolnaklosters 14,05 Grm., unweit der Admiralität 14,65; unweit der Bergacademie 14,56 Grm. Der Character der Verunreinigung der Kanäle durch die Stadt ist viel ausgesprochener in den obenerwähnten Resultaten der bacteriologischen Untersuchungen; doch es ist hier nicht der Platz das Sündenregister der Stadtverwaltung zu besprechen und daher wollen wir zu einem anderen Thema übergehen, nämlich dem Einfluss der Jahreszeiten auf die Beschaffenheit des Newawassers.

Meine bacteriologischen Untersuchungen sind erst seit kurzem in Angriff genommen und gestatten daher keine Schlussfolgerung in dieser Hinsicht, während meine chemischen Analysen reichliches Material bieten. Im Herbst und im Winter ist der Gehalt an suspendirten Bestandtheilen, ebenso wie die Oxydirbarkeit geringer, obwohl andererseits, wie aus der 6. Tabelle ersichtlich, ein bestimmtes constantes Verhältniss zwischen der Menge der suspendirten Bestandtheile und der Menge an gelösten organischen Substanzen, resp. der Oxydirbarkeit des Wassers nicht existirt. Die suspendirten Bestandtheile sind im Winter, zur Zeit wenn das Wasser mit Eis bedeckt ist, in wesentlich geringerer Menge vorhanden, als im Sommer, während im Frühling zur Zeit und nach dem Eisgang die Quantität derselben bis zur 20-fachen Menge steigt.

Der Unterschied in der chemischen Zusammensetzung des Wassers in der Mitte der Newa und 20 Faden vom Ufer entfernt, also in einer Entfernung, welche der Aufnahme-Mündung der Wasserleitungsröhren entspricht, ist sehr unbedeutend. Den Resultaten der chemischen Untersuchungen entsprechend unterscheidet sich auch das Wasserleitungswasser nicht wesentlich vom Newawasser, mit Ausnahme des zuweilen erhöhten Gehaltes an suspendirten Bestandtheilen; die Resultate der bacteriologischen Untersuchungen dagegen legen ein beredtes Zeugniss ab für die Berechtigung der fast instinctiven Klagen der Stadtbevölkerung über das Wasserleitungswasser.

Die bacteriologischen Untersuchungen ergeben für die Zeit, in welcher dieselben angestellt — nämlich Herbst und Winter, dass der Gehalt an Mikroorganismen im Newawasser ein relativ geringer ist. Der Gehalt an Mikroorganismen wird wesentlich durch die Witterungsverhältnisse und hauptsächlich durch die atmosphärischen Niederschläge beeinflusst. So finden wir bei günstiger Witterung ca. 300 entwickelungsfähige Mikroorganismen in 1 Ccm. Newawasser; nach anhaltenden heftigen Regengüssen dagegen steigert sich der Gehalt derselben wesentlich. Zur Zeit des Eisganges im Herbst 1883, der unter Regen, Schnee und Thauwetter stattfand, fand ich eine Steigerung der Mikroorganismen im Newawasser, die bis zu 6500 im Ccm. ging. Trotzdem ist im Allgemeinen den Resultaten obenerwähnter Untersuchungen entsprechend der Character des Newawassers — besonders als Flusswasser in hygienischer Beziehung recht befriedigend, obwohl die dem Wasser eigenthümlichen organischen Substanzen unter bestimmten Verhältnissen das Leben und die Entwickelung der Mikroorganismen begünstigen können, wie z. B. in den Wasserleitungsröhren der städtischen Leitung. Am meisten hatte man beim Newawasser die hohe Oxydirbarkeit desselben vom sanitären Standpunct aus gefürchtet und schrieb diesem Umstande die ungünstigen sanitären Verhältnisse Petersburgs zu. Unsere bacteriologischen Untersuchungen jedoch weisen nach, dass der Gehalt an Mikroorganismen in keinem directen Verhältniss zur Oxydirbarkeit sich befindet.

(Schluss folgt).

Ein Fall von erfolgreicher secundärer Unterbindung beider Femoralgefässe im Adductorenschlitz, wegen Stichverletzung.

(Mittheilung aus dem Privathospital des Herrn von Paschkow im Gouvernement Nishnij-Nowgorod.)

Von

Dr. E. Assendelft.

(Schluss).

Von nun an ist Patient stets fieberfrei. Die Uebernarbung der Granulationsfläche geht ausserordentlich langsam vor sich, da die neue epitheliale Bedeckung nicht von Bestand ist. Der Granulationsstreifen findet sich in eine dauernde kräftige Narbe umgewandelt erst am 3. April 1884.

Am 29. Febr. wurde die Schwiele an der Ferse fortgeschnitten, unter derselben fand sich ein trockenes Silber-Rubel grosses, am Rande demarkirtes Coriumstück. Die Abstossung desselben wie die des Hautstückes an der Kuppe der grossen Zehe nahm auffallend lange Zeit in Anspruch. An der Hacke gelöst erst am 25. März. Der Defect übernarbt erst am 17. April. Seit dem 10. März wurden während des Verbandwechsels in Fuss und Kniegelenk passive Bewegungen vorgenommen. Die Schiene wurde fortgelassen am 3. April. Patient verlässt das Bett und macht mit Hülfe einer Krücke Gehversuche. Am 29. April kann der Knabe auch ohne Krücke gehen. Die Extremität ist noch leicht ödematös geschwellt. Die Bewegungen im Fussgelenk gering behindert. Activ kann die Extremität im Kniegelenk bis zu einem stumpfen, passiv bis zu einem rechten Winkel flectirt werden. Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass sich bei weiterem Gebrauch der Extremität in kurzer Zeit die vollständige Functionsfähigkeit derselben wieder herstellen wird.

Der mitgetheilte Fall ist geeignet die Vortheile der Ligatur am Orte der Verletzung selbst dann, wenn der günstigste Zeitpunct für die Ausführung derselben durch von uns unabhängige Umstände verpasst, hervorzuheben. Durch die Eingriffe an der Gefäss- und Weichtheilwunde gelang es, ungeachtet bereits eingetretener Zersetzung der oberflächlichen Thromben, und trotz der schon vorhandenen entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Wunde, der Verletzung einen aseptischen Verlauf zu schaffen, einen definitiven Gefässverschluss zu erzielen, und dem Verletzten Glied und Leben zu erhalten.

Bei künstlicher Beleuchtung des Operationsgebietes, mit Hülfe nur ungeschulter Assistenz, gelang die Auffindung der verletzten Gefässe, deren Isolirung in der grossen Tiefe, doch verhältnissmässig leicht. Ergiebige Aufdeckung des Verletzungsterrains wird meist die Ausschaltung des verletzten Gefässgebietes, den einzigen einigermaassen gesicherten Arterienverschluss, desgleichen die Desinfection der Wundhöhle, unter allen Umständen aber ausgiebige Drainage — die beste antiseptische Maassnahme bei missglückter Desinfection — ermöglichen.

Dass die Schwierigkeiten bei der Ausführung der Ligatur in der Wunde, zumal der secundären sehr grosse mitunter unüberwindliche sein können, das zeigt uns die Rabe'sche Tabelle. Dennoch sollten wir unter allen Umständen bestrebt sein die Ligatur am Orte der Nothwendigkeit vorzunehmen. Hat die Ligatur in der Continuität gerade der Femoralis externa auch häufig die Blutung gestillt und die Gefässverletzung zur definitiven Heilung geführt, so ist die Einwendung Rose's und Lidell's, dass solches ein Geschenk des Glückes, dem Zufall, nicht aber dem Princip zu danken sei, wohl begründet. Käme es nach primärer Ligatur in der Wunde, oder secundärer Ligatur wie im mitgetheilten Fall zur Nachblutung, so wäre Rose's Rath, die Ligatur in der Wunde zu wiederholen, einzuhalten gewesen sein. Arteria und Vena femoralis externa im Adductorenschlitz, sammt der für den Collateralkreislauf bei der Unterbindung der Poplitäalgefässe wichtigen Arteria anastomotica magna, konnten secundär ausgeschaltet werden und

dennoch kam es nicht zum Brande des Gliedes wohl aber zu umschriebener Hautgangrän, welche sich auffallend langsam demarkirte und eine äusserst langsame Uebernarbung zeigte. Der durch die Anastomosen der Perforantes profundae femoris mit den Gelenkarterien sich ausbildende Collateralkreislauf genügte im mitgetheilten Fall vollständig zur Ernährung der Extremität. Daher schliesse ich mich, im Gegensatz zu Lidell und Rabe, welche den Eintritt der Gangrän nach Ausschaltung der Popliätalgefässe, hauptsächlich den ungenügenden Collateralbahnen zuschreiben, der Meinung Professor E. von Wahl's und Jannsen's an, dass sich die Collateralbahnen, wie überall an den Extremitäten, auch nach der Ausschaltung der Popliätalgefässe, wenn andere Momente, zumal die Blutinfiltration etc. fehlen, in genügender Weise herstellen werden. Nur wenn sich hochgradige pathologische Veränderungen am Gefässrohr, wie ich beispielsweise nach Ausbildung eines arteriell-venösen Aneurysmas der Popliätalgefässe gefunden und beschrieben, etablirt, dürften die Collateralbahnen an sich, an dieser Stelle nach der Ligatur, zur Ernährung der Extremität nicht ausreichen. Im mitgetheilten Falle fehlten trotz der vielen Secundärblutungen ausgedehnte Blutinfiltrationen in die Gefässscheide und in die Gewebe. Das nachdrängende Blut hatte den perivasculären Thrombus im weiten Stichcanal an einer Stelle immer wieder gelockert, zu Nachblutungen geführt; der Knabe wäre hier den Secundärblutungen erlegen, noch bevor es zu den, bei engen Stich- und Schusscanälen leichter eintretenden diffusen Blutinfiltrationen der Gefässscheide und Wundumgebung gekommen. Gerade dem Fehlen dieser diffusen Blutinfiltrationen schreibe ich es zu, wenn im mitgetheilten Fall die an dieser Stelle so sehr gefürchtete Gangrän ausblieb.

Sollten wir nicht auch auf dem Verbandplatz durch die primäre Ligatur am Orte der Verletzung wenigstens bei Weichtheilschüssen im Gebiet der Femoralgefässe im Adductorenschlitz und der Popliätalgefässe günstige Resultate erzielen können?

Die Beobachtungsfälle Prof. Wahl's und Reyher's aus der Friedenspraxis veranlassen mich trotz der gewichtigen Stimme Lidell's zu dieser Meinung.

Aus dem Gebiete der gerichtlichen Medicin.

I.

Die Soldaten-Wittwe Proskowja Ssokolowa, wohnhaft im äussersten Bezirk des Twer'schen Stadttheils in Moskau, machte am 12. Jan. des vorigen Jahres auf der Polizeistation die Anzeige dass, als ihre 5-jährige Tochter Palageja in der Nacht an Erbrechen und Durchfall erkrankt sei und sie nach dem Polizeiarzt Dr. Nikitin geschickt habe, letzterer nicht gekommen sei; als aber ein anderer Arzt, Dr. Pohl gekommen, habe er die Patientin bereits todt gefunden. Auf diese Weise beschuldigt sie den Arzt der Nicht-Gewährung der ärztlichen Hülfsleistung, in Folge wessen die Kranke gestorben sei.

Die polizeiliche Untersuchung dieser Angelegenheit, welche in meiner Gegenwart geführt wurde, ergab Folgendes: Die 5 Jahre alte Palageja, Tochter der Praskowja Ssokolowa, hatte sich am 11. Jan. Abends völlig gesund schlafen gelegt; um 12 Uhr Nachts war sie aufgewacht und hatte über Leibschmerzen geklagt, sich aber sogleich wieder beruhigt und war eingeschlafen. Nach Verlauf einer Stunde war plötzlich reichliches Erbrechen wässeriger Flüssigkeit eingetreten, das sich nach wenigen Minuten wiederholte (da wurde nach dem Arzt geschickt), darnach stellte sich wässeriger Durchfall ein. Nach der zweiten Stuhlentleerung, welche der ersten binnen etwa 5—10 Minuten gefolgt war, trat kalter Schweiss im Gesicht auf, die Kranke wurde ruhig, weder Erbrechen noch Durchfall zeigten sich wieder — augenscheinlich war der Tod eingetreten.

Nach Angaben der Mutter und der Miteinwohner war Palageja nicht von guter Gesundheit gewesen, der Appetit war schlecht, von Zeit zu Zeit traten Erbrechen und Durchfall auf, doch nicht so heftig wie dieses Mal. Ein Verdacht, dass P. etwas Unverdauliches oder Giftiges gegessen habe, sowie dass der Tod in gewaltsamer Weise herbeigeführt worden sein könne, wurde von Niemandem ausgesprochen, ergab sich auch nicht aus der polizeilichen Untersuchung.

Diese Daten wurden dem Oberpolizeimeister von Moskau übergeben, welcher sich aber bei ihnen nicht beruhigte, sondern eine gerichtlich-medicinische Untersuchung anordnete, welche mir übertragen wurde und welche ich am 14. Jan. im anatomischen Theater der Moskauer-Universität, im Beisein des hochgeehrten Professors der gerichtlichen Medicin Dr. J. Neyding, der Zeugen und eines Polizei-Officiers vollzog, und deren Resultate ich auszugsweise aus dem von mir verfassten Protokoll hier wiedergebe.

A. *Aeussere Untersuchung:* Leiche eines 5-jährigen Mädchens, 1 Arschin 5 Werschok lang, von schwächlichem Körperbau, mit sehr geringem Fettpolster unter der Haut; diffuse dunkle Leichenflecken bedecken die ganze hintere Oberfläche des Körpers; die Bauchdecken von dunkelgrüner Farbe; Leichenstarre nur in den unteren Extremitäten etwas stärker ausgeprägt; das Gesicht bleich, die Augen halb offen, Conjunctiva blass, Pupillen weit; aus dem Munde entleert sich eine geringe Menge Flüssigkeit; die Lippenschleimhaut trocken; die Zunge hinter den Zähnen, von gelblichem Schleim bedeckt; in den Ohren, der Nase, dem Munde und After nichts Besonderes zu bemerken; der Leib leicht eingezogen, die Farbe der Haut im Allgemeinen blassgelblich; Hals, Brust, Extremitäten und Geschlechtstheile zeigen nichts Besonderes.

B. *Innere Untersuchung:*

1. *Hals und Brusthöhle.* Am Halse, auch nach Entfernung der weichen Bedeckungen, keine Sugillationen oder Verletzungen zu bemerken; die Halsvenen mässig gefüllt mit dunklem, flüssigem Blut. — Die Lage der *Brustorgane* normal, die Pleurahöhlen leer, im Herzbeutel etwa 2 Theelöffel voll durchsichtigen Serums. Das Lungenparenchym blutleer, nur in den hinteren Partien findet sich etwas dunkles flüssiges Blut; die Lungen weich, knistern, auf dem Durchschnitt entleert sich bei Druck eine schaumige, blutig-seröse Flüssigkeit. Der Oesophagus leer, seine Schleimhaut blass. Schlund und Kehlkopf leer, ihre Schleimhaut blass; in den oberen Partien des Schlundes aber von blassbräunlicher Farbe. — Die Kranzgefässe des Herzens mässig gefüllt mit dunklem, flüssigem Blut; in den rechten Herzhöhlen eine geringe Quantität dunkler, weicher Blutgerinnsel; der linke Ventrikel leer, im linken Vorhof und den Lungenvenen theils flüssiges, theils schwach geronnenes Blut. In der Aorta wenig dunkles, flüssiges Blut. Die Ostien und Klappen des Herzens normal. Ein tiefer Einschnitt längs der Wirbelsäule zeigt weder Sugillationen noch Verletzungen.

2. *Bauchhöhle.* Die Lage der Eingeweide normal, Leber blutarm, an der Oberfläche und auf dem Durchschnitte glatt, von blass-bräunlicher Farbe; die Gallenblase ausgedehnt durch Galle. Milz blutarm, ziemlich derb. Nieren blutarm, die Capsel lässt sich schwer abziehen. Harnblase leer; Uterus bietet nichts Besonderes. Im Magen etwa ein Esslöffel voll gelblich-brauner schleimiger Flüssigkeit, Schleimhaut blass-gelblich, geschwellt durch seröse Durchfeuchtung. Die Därme von blassrother Färbung, im unteren Theil des Dünndarms dicker, gelblicher, schleimiger Inhalt; die Schleimhaut blass, die solitären Follikel, namentlich im unteren Theile, geschwellt. Im Coecum reichliche, ganz flüssige, schleimige Excremente von deutlich faecalem Geruch; von derselben Beschaffenheit ist der Inhalt des Dickdarms, dessen Schleimhaut aufgelockert und von blass-grauer Farbe ist, ödematös geschwellt, auch die Drüsen theilweise geschwellt.

3. *Kopfhöhle.* Die weichen Bedeckungen des Kopfes blutarm, die Knochen des Schädelgewölbes zeigen nichts Besonderes, die harte Hirnhaut lässt sich leicht abziehen, ihre

Gefässe mässig mit Blut gefüllt, im Längsblutleiter ein langes fibrinöses Gerinnsel; die Arachnoidea oedematös. die Gefässe der weichen Hirnhaut hyperämisch. Die Hirnsubstanz weich, auf dem Durchschnitt feucht und glänzend, zeigt zahlreiche dunkelrothe Streifen und Puncte (durchschnittene Gefässe); überhaupt macht sich im Gehirn venöse Hyperämie bemerklich. Die Gefässplexus hyperämisch, in den Seitenventrikeln etwas seröse Flüssigkeit. Die Knochen der Schädelbasis unverletzt.

4. *Die Wirbelsäule* wurde wegen Abwesenheit aller sichtbaren Verletzungen und Abweichungen von der Norm nicht näher untersucht.

Gerichtlich-medicinisches Gutachten.

Wenn ein bis dahin ganz gesunder Mensch plötzlich stirbt und der Tod unter stürmischen Erscheinungen eintritt, namentlich unter Erbrechen und Durchfall, so kommt man natürlich auf die Vermuthung, dass der Tod in Folge von Aufnahme eines scharfen Giftes in den Körper erfolgt sei, sei es dass dasselbe durch den Verstorbenen selbst oder durch Andere eingeführt worden, welche Vermuthung die Polizei auch im vorliegenden Falle gehabt hat. Doch ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die erwähnten stürmischen Erscheinungen auch in Folge von Krankheit eintreten können, namentlich bei Kindern, welche zu solcher Art Erkrankungen sehr geneigt sind. Es drängt sich jetzt die andere Frage auf, warum Erbrechen und Durchfall so häufige Erscheinungen sind, der Tod in Folge derselben — wie im vorliegenden Falle — nur eine seltene Ausnahme bildet? Die Sache ist einfach: das Leben erlischt bald bei coup sur coup auftretenden reichlichen wässerigen Entleerungen per os et anum bei schwächlichen und erschöpften Individuen, z. B. bei dem sogenannten essentiellen Catarrh. gastro-intestinal. acutiss., bei eben solchem Catarrhe in Folge von Vergiftung, und bei der Cholera, ganz besonders wenn die befallene Person an einem Herzfehler, an Aneurysma Aortae oder an Sclerose der Arterien leidet. — Die Differentialdiagnose ist in solchen Fällen mit äusserster Vorsicht zu stellen und nur nach genauester Abwägung aller gefundenen anatomisch-pathologischen Daten. Bekanntlich ruft ein durch den Mund in den Magen eingeführtes scharfes Gift, je nach seiner Beschaffenheit und Menge, Veränderungen hervor zuerst an den Lippen, im Munde, Schlunde, der Speiseröhre und dem Magen; danach, falls das vergiftete Individuum lange genug lebt, im oberen Theil des Dünndarms, während es in den acuteren Fällen bis zum unteren Theil des Dünndarms kaum vordringt. Dabei tritt dann als erstes Symptom der Aufnahme des Giftes durch den Mund Erbrechen auf. — In Betreff der Cholera ist zu berücksichtigen, dass wir gegenwärtig keine derartige Epidemie haben, doch könnte es sich ja auch um einen sporadischen Fall handeln. In solchem Falle treten zuerst wässerige, reiswasserähnliche Stühle ohne faecalen Geruch auf, danach wässeriges Erbrechen, wobei Leibschmerzen dem Durchfall nicht vorhergehen und die Kranken von den charakteristischen Krämpfen befallen werden. Das geschilderte Krankheitsbild war im vorliegenden Falle nicht vorhanden. In einzelnen Fällen, nach Genuss unverdaulicher und leicht in Gährung übergehender Speisen, kann der Choleraanfall auch mit Erbrechen beginnen. — Bei acutem Darmcatarrh und gleichzeitig bestehendem Magencatarrh kann ebenfalls Erbrechen als erstes Symptom auftreten, obwohl meist zuerst der Durchfall mit Poltern und Schmerzen im Leibe erscheint. Die Schmerzen haben sich bei der Verstorbenen in der That zuerst gezeigt, so dass sie von ihnen aus dem Schlafe geweckt wurde. Bei diesem sogenannten Magen-Darmcatarrh sind die eintretenden Stühle mehr oder weniger flüssig, haben aber immer faecalen Geruch, was sich in diesem Falle auch bei der Section herausstellte. Bei dieser Form des Catarrhs localisiren sich die krankhaften Veränderungen hauptsächlich im unteren Theile des Darmcanals, was auch in diesem Falle bei der Section gefunden wurde. In Betreff des dunklen flüssigen Blutes ist zu sagen, dass dasselbe diese Beschaffenheit angenommen hat in Folge ungenügender Oxydation bei der protrahirten Exspiration während des Brechacts; derselben Ursache ist die venöse Hyperämie des Gehirns und seiner Häute zuzuschreiben, denn der Abfluss des venösen Blutes aus der Schädelhöhle wird durch verstärktes und verlängertes Exspiriren erschwert und überhaupt die Blutbewegung im kleinen Kreislauf behindert. Die Leere des linken Ventrikels beweist, dass der Tod plötzlich eingetreten ist, in Folge dessen dass offenbar ein Brechact unmittelbar dem andern gefolgt ist, so dass Pat. auch nicht eine tiefe Inspiration hat vollführen können.

Demgemäss berechtigen die von mir bei der Section gefundenen anatomisch-pathologischen Erscheinungen zu dem Schlusse dass

der Tod rasch eingetreten ist durch Hyperämie des Gehirns und der Lungen in Folge von sehr acutem Darmcatarrh bei gleichzeitiger Blutarmuth der Verstorbenen, und dass be den erwähnten stürmischen Erscheinungen ärztliche Hülfe aller Wahrscheinlichkeit nach keinen Nutzen gebracht haben würde.

Mit dieser meiner Schlussfolgerung haben sich Prof. J. Neyding und der Oberarzt der Polizei Dr. F. Hildebrandt völlig einverstanden erklärt.

Dr. H. Pohl.

Dreizehnter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Breslau,

16.—19. April 1883.

(Fortsetzung und Schluss.)

Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage. Z. hat im physiologischen Institut seine früheren Untersuchungen fortgesetzt und ist zu folgenden Resultaten gekommem: Unter dem Einflusse der Massage erholen sich ermüdete Kaninchenmuskeln in vollkommenerer Weise, als durch blosse Ruhe. Der krampfhafte Zustand, welcher sich bei stark ermüdeten oder sehr erregbaren Muskeln einstellt und unter dem Namen der Contractur auch dem Physiologen bekannt ist, kann durch die Massage völlig gehoben werden. Die Massage lässt die Erregbarkeit des Rückenmarks ungeändert, die Hauterregbarkeit setzt sie herab. Massirte Kaninchen kühlen sich unter der Massage weniger schnell ab.

v. Lesser (Leipzig): Ueber den ersten Verband auf dem Schlachtfelde. v. L. empfiehlt wieder seine antiseptisches Pulver (Jodoform und Borsäure $\overline{aa}$ 3 Grm.) enthaltenden Verbandpäckchen.

Esmarch vertritt dagegen seine Päckchen mit sublimatisirten Sägespähnen, dieselben hätten sich bei den Engländern im Kriege gegen die Boërs sehr bewährt.

Roth und Stark greifen L's Vorschläge entschieden an. R. sagt im aegyptischen Kriege habe man die Verbandpäckchen für ganz unzweckmässig befunden.

Schüller (Berlin): Ueber Bacterien bei metastatischen Gelenkentzündungen. Man hat seit jeher gemeint, dass die metastatischen Gelenkentzündungen durch eine im Bluc kreisende Schädlichkeit bedingt seien. Bei den heutigen Anschauungen über das Verhältniss der Bacterien zu vielen der Infectionskrankheiten sollte man vermuthen, dass die metastatischen Gelenkaffectionen massenhaft Bacterien und zwar der Gattung enthalten sollten, welche als Träger der betreffenden Infectionskrankheit angesehen werden. Sch. untersuchte metastatische Gelenkentzündungen bei Pneumonie, Scharlach, Diphtherie, Erysipelas, Typhus, Rotz, puerperalen Erkrankungen. Es ergab sich, dass die Bacterien im Allgemeinen reichlicher vorhanden waren bei frischen Ergüssen und einfachen Entzündungen, während sie bei starken Eiterergüssen weit spärlicher waren, schlecht oder garnicht gefärbt erschienen und demnach wohl als abgestorben anzusehen waren. Fast in allen Fällen waren mehrere verschiedene Bacterienformen neben einander zu bemerken. Von den als charakteristisch aufgefassten Bacterien fanden sich gewöhnlich nur sehr wenige. Zuweilen fehlten sie vollkommen, während andere Bacterien mehr oder weniger zahlreich vorhanden waren. Mit wenigen Ausnahmen kamen Kokken verschiedener Grösse zu zweien und zu mehreren in Kuchen angeordnet in den Gelenken vor. Dass die in den geschlossenen Gelenken vorgefundenen Bacterien etwa von aussen (post mortem) eingedrungen seien, sei auszuschliessen, dagegen müsse zugegeben werden, dass die im Gelenke intra vitam vorhandenen Bacterien sich daselbst post mortem vermehrt haben mögen. Wahrscheinlich seien an der Entstehung der Gelenkprocesse nicht nur die specifischen sondern sämmtliche vorgefundene Bacterien betheiligt. Nach Sch.'s Untersuchungen dürften diese metastatischen Gelenkentzündungen mit wenigen Ausnahmen wohl nicht als specifische, i. e. nicht als ausschliesslich durch specifisch wirkende Bacterien hervorgerufen anzusehen sein.

*

Bidder demonstrirt das Präparat eines extrahirten und wieder implantirten Schneidezahns. Nach einem subperiostalen Abscess war der Zahn wacklich geworden und extrahirt, da aber Krone und Wurzel gesund waren, wurde er wieder implantirt. Nach drei Jahren fiel er, wie ein wackliger Milchzahn aus; es zeigte sich, dass die Wurzel vollständig resorbirt und nur ein Schmelzrest vorhanden war. Diese Beobachtung lässt annehmen, dass die Replantation von gesunden Zähnen nichts leisten werde. Ferner zeigte Bidder eine Verbesserung seines 1880 auf dem Congress demonstirten Schienenapparates zur Streckung contrahirter Kniegelenke.

Wagner (Königshütte) berichtet über mehrere Fälle von Luxationen in der Halswirbelsäule und stellt Kranke vor. Zum Schluss zeigt W. mehrere geheilte Wirbelfracturen. An den ersten Vortrag schliesst sich eine Debatte, in der Schede, Czerny, Volkmann, Lauenstein, Winiwarter, Goehring, Küster, Gütterbock theilnahmen und über Fälle aus ihrer Praxis berichteten. (Da der Gang der Verhandlung nur bei Kenntniss der Casuistica verständlich wird, müssen wir auf Wiedergabe verzichten.)

Küster stellt ein 9-jähriges Kind vor, dem er vor 5 Jahren den ganzen Mittelfuss exarticulirt hatte in der Lisfranc'schen Linie mit Ausnahme des ersten Metatarsalknochens mit der grossen Zehe. Pat. war an der äussern Seite des Fusses überfahren worden und trat Brand bis zur Lisfranc'schen Linie ein, nur die Haut des ersten Metatarsalknochens war intact, denselben erhielt K., um somit zwei der Puncte, auf die sich der Fuss stützt, zu gewinnen, während der dritte wegfallende Punct durch das Würfelbein ersetzt wird. Der Fuss ist wenig im Wachsthum zurückgeblieben, das Kind tanzt, läuft Schlittschuhe.

Grawitz: Ueber Entwickelung der Nierentumoren aus abgesprengtem Nebennierengewebe. Gr. hat im Auge die von Klebs als Adenome der Nieren bezeichneten Tumoren. Es finden sich nach G.'s Beobachtungen erstaunlich häufig in der Corticalis der Niere Nebennierenstückchen, die in der Grösse variiren von der eines kleinen, gelben Knötchens bis zu der einer ganzen Nebenniere; sie liegen entweder dicht unter dem Niveau der Nierenoberfläche, oder sie dringen auf kleinere Strecken in die Nierensubstanz vor. Aus der Zeit, wo die Niere im Foetus aus den einzelnen Renculis besteht, besitzt G. zahlreiche Präparate, an denen man das gelegentliche Eindringen des Nebennierengewebes zwischen die Spalten (Columnae Bertini) verfolgen kann. Um wucherndes Nierengewebe kann es sich in diesen Fällen nicht handeln, da das mikroskopische Bild das nicht zu behaupten erlaubt, dagegen bieten sich oft Bilder dem Blicke dar, wie sie die Nebennieren nicht selten geben. Ebenso entspricht die Neigung berührter Bildungen zu schleimigem Zerfall, zu myxomatöser Anordnung mit hämorrhagischem Centrum der Nebenniere.

Credé jun. (Dresden) stellte einen jungen Mann vor, dem er vor zwei Jahren einen circulären Kropf exstirpirt hatte, ½ Jahr vor der Operation war das rechte Stimmband gelähmt gewesen. Wegen Schlundlähmung nach der Operation musste Pat. 14. Tage lang durch die Schlundsonde ernährt werden. Die Recurrenslähmung hat sich nicht vollständig ausgeglichen.

Credé berichtet über den vor 2 Jahren vorgestellten Pat., welchem die Milz exstirpirt worden war. Derselbe ist völlig rüstig und betreibt seine Profession als Maurer.

Czerny bemerkt, dass die Pat., der er vor 5 Jahren eine hypertrophische Wandermilz exstirpirt habe, keine Blutveränderungen zeige; dagegen habe sie schwere nervöse Erscheinungen, bes. Tic convulsif im Gesichte.

v. Hacker (Wien) demonstrirt einen Milztumor (primäres Sarcom), welchen Prof. Billroth am 20. März a. c. glücklich entfernt hat. Adhaesionen fanden sich nur gegen den Hilus hin, die zum Theil unterbunden wurden. Blutung aus der Milzkapsel konnte durch Schwämme gestillt werden. Art. und Ven. lienalis wurden isolirt doppelt unterbunden. Von dem zum Theil sehr fest verwachsenen Pankreasschweif wurde ein 3—4 Cent. grosses Stück mit der Geschwulst entfernt. In der dritten Woche war eine geringe Vermehrung der weissen Blutzellen nachweisbar, doch nur der lymphogenen; die Mikrocyten waren nicht vermehrt. Weder die Schilddrüse noch die Lymphdrüsen wurden grösser. Keine Knochenschmerzen, keine Nervosität. Dieser Fall scheint die erste Splenotomie wegen eines Neoplasma zu sein.

Baumgärtner (Baden-Baden): Ueber Cachexia strumipriva. B. berichtet über drei Fälle von strumipriver Cachexie, die er unter 11 Fällen totaler Strumaexstirpation beobachtet. Er führt die Cachexie nicht wie Kocher auf eine Atrophie der Trachea, sondern auf eine Verengerung im Kehlkopfe zurück (Lähmung der Glottiserweiterer).

König wendet dagegen ein, dass ein Knabe seiner Praxis trotz gemachter Tracheotomie fortschreitender Verdummung verfallen sei.

Bruns (Tübingen): Ueber den Sublimatverband mit Holzwolle und das Princip des Trockenverbandes. B. verbindet mit Kissen, die aus Holzwolle mit Zusatz von etwas Watte gemacht sind, auf die Wunde kommt Glaswolle, kein undurchlässiges Papier über den Verband, damit er schnell trockne. B. empfiehlt sein Material auf das wärmste. Unter 557 Operationsfällen kam 10 Mal letaler Ausgang vor, keiner stand in Zusammenhang mit der Behandlung, von 48 Amputationen heilten 32 prima intentione, von 22 Resectionen des Kniegelenks 20 Mal prima intentio. Erysipelinfectionen kamen nicht vor.

Schede hebt ganz besonders die Schutzkraft des Sublimat gegen Erysipel hervor.

Mikulicz (Krakau): Ueber einige Modificationen der antiseptischen Wundbehandlung. M betont, dass heutzutage die Bemühungen um die Modification der Wundbehandlung nur in Vereinfachung derselben bestehen dürfe, eine solche habe ihm trotz der hygienisch erbärmlich situirten Krakauer Klinik gute Erfolge gegeben, von 123 grösseren Operationen seien nur 2 tödtlich verlaufen (Collaps und Sublimatvergiftung). Zum Verband benutzt M. Kissen, die mit 30 Proc. Theer enthaltenden Sägespähnen gefüllt sind. Als Spülwasser zieht M. das Carbol dem Sublimat vor, letzteres geht Verbindungen mit dem Eiweiss ein und wirkt daher in den Wunden unverhältnissmässig schwächer als in wässrigen Lösungen.

Albrecht (Brüssel): Ueber die morphologische Bedeutung der Kiefer-, Lippen- und Gesichtsspalten. A. nimmt nicht einen, sondern zwei Zwischenkiefer jederseits an, im Ganzen vier und verläuft nach seiner Auffassung die Hasenscharte nicht zwischen Ober- und Zwischenkiefer, sondern zwischen innerem und äusserem Zwischenkiefer, sie ist intraincisiv. Dieses sehe man daraus, dass die Hasenscharte nie zwischen Caninus und Schneidezahn durchgehe, sondern an der Oberkieferseite befinde sich stets ein Incisivus. Ferner, wäre die Hasenscharte eine Oberkiefer-Zwischenkieferspalte, so müsste die Sutura incisiva sich bei diesen Präparaten nie finden, dieselbe ist aber meist erhalten. Der Vergleich mit der Thierwelt ergiebt, dass beim normalen Menschen der zweite Schneidezahn verloren gegangen ist und der erste und dritte bestehen bleibt. Die Leporiden zeigen auch diesen zweiten Schneidezahn im Milchgebiss, der dann später verloren geht; der erste und dritte bleibt bestehen. Es giebt beim Menschen Hasenschartenbildungen, in denen das Zwischenkieferstück zwei und solche, wo es vier Zähne trägt, Tetra- und Hexa-Protodonten; an den Oberkieferseiten stecken dann die anderen zwei Schneidezähne. Die Oberlippe wird aus sechs Theilen, von dem sich nach unten herunterstülpenden Stirnfortsatz gebildet: 1) den inneren, 2) den äusseren Zwischenkiefern und 3) den Oberkieferfortsätzen. Der Lippenspalt geht aber zwischen äusseren und inneren Zwischenkiefer-Fortsätzen durch und kann sich so in die Nase erstrecken, die er sonst nach der Goethe'schen Theorie in Ruhe lassen müsste.

Langenbeck vermisst die Behandlung der Medianspalte.

Koelliker bestreitet die Theorie von A.

Neuber (Kiel): Zur Technik der Hüft- und Knie-Resectionen. N. strebt bei der Hüfte Ankylose an, macht daher einen nach unten convexen Schnitt um den Troch. maj. und schlägt nach Absägung die Troch.-Spitze mit dem Lappen nach oben. Es lässt sich dann leicht Absprengung des Acetabulum und Resection des Schenkelkopfes ausführen. Dann wird die Troch.-Spitze wieder mit Nägeln fixirt. Bezüglich Kniegelenks erhielt N. principiell die Patella und nagelte sie an Tibia und Femur an.

Ferner übt N. die *Darmnaht* der Art, dass er die getrennten Darmenden über einem 2 Cent. dicken decalcinirten Rohr durch dreifache Darmnähte vereinigt. Das Rohr macht die Naht bequemer, schützt die Wunde vor directer Berührung mit Darminhalt und hält die Darmpassage offen.

Schede plaidirt ebenfalls für Ankylose in der Hüfte, er leitet aber jedes Mal den Femurstumpf in die Pfanne und stellt ihn in Abduction, dann können die Pat. später durch Beckensenkung gut auftreten.

Volkmann spricht sich principiell gegen Anstrebung von Ankylose in der Hüfte aus, Ankylose anzustreben wäre ein Rückschritt. Ausserdem äussert V., dass das Knie viel zu oft resecirt werde.

Koenig erklärt die Knieresection bei Kindern unter 14 Jahren für eine Sünde, bei diesen solle man alle Fälle conservativ behandeln, die nicht der Amputation unterliegen.

Jul. Wolff stellt acht Pat. vor, an denen er paralytische sowohl, wie congenitale Klumpfüsse vollkommen redressirt hat, ohne blutige Operation. Der Verband muss 7—9 Monate getragen werden. Die erste Anpassung dauert oft bis 12 Tage, dann muss der definitive Verband schon der Art sein, dass Pat. mit voller Sohle auftritt.

Da bei dem W.'schen forcirten Redressement Infractionen nicht zu vermeiden seien, zieht Volkmann doch das allmälige Redressement vor.

W. erwidert, dass es ihm weniger auf die vollständige Verdrängung der operativen Eingriffe ankomme, als auf ein *vollkommenes* Redressement gleich in der ersten Behandlungszeit, damit die Wiederherstellung der normalen, inneren Architectur, die das Haupterforderniss der wirklichen Heilung des Klumpfusses sei, möglichst schnell vor sich gehe und das könne nur eintreten, sobald der Fuss bei normaler Stellung functionirt.

Sonnenburg stellt eine intrauterin geheilte Bauchblasenspalte vor.

Leisrink (Hamburg) demonstrirt Torfmoosfilzplatten. L. hat aus dem viel gerühmten Torfmoos fabrikmässig (Marwede in Neustadt) Platten anfertigen lassen, die wie Filzplatten aussehen, um den Verbandstoff in handlichere Form zu bringen; die Platten haben verschiedene Dicke und Consistenz, dienen daher sowohl als secretaufsaugendes Verbandmaterial, wie auch als Schienung, der ge-

trocknete Filz (aus Torfmoos) ist mit 1/2 % Sublimatlösung getränkt zur Desinfection. L. rühmt das Material sehr.

Busch (Berlin) zeigt ein Präparat einer Hernia cruralis diverticuli intestinalis. Das kleine Divertikel sass 75 Cent. oberhalb des Coecum, hatte sich im Cruralring eingeklemmt, war durch das Bruchband gegen denselben angepresst, ein kleines Decubitusgeschwür hatte die tödtliche Peritonitis veranlasst.

Partsch (Breslau): Demonstration von Knochenpräparaten, welche mit einer bequemen Macerationsmethode gewonnen sind. P. empfiehlt folgende Methode sehr warm: man legt die frischen Präparate, nachdem man mit Scheere und Messer möglichst viel Weichtheile entfernt, in eine 27—30° C. warme 3—5 % Lösung von Kali causticum, welche in der ersten Woche öfters gewechselt wird, bis täglich. Es tritt keine Fäulniss ein, die Weichtheile quellen bald glasig auf und nach 8—14 Tagen ist das sehr zarte, weisse Präparat fertig. Am besten schlägt man den Knochen dann in Fliesspapier ein, nachdem man ihn einige Tage nur in kaltem Wasser hat liegen lassen.

v. Bergmann (Berlin): Casuistik der Verletzungen grosser Gefässe. v. B. stellt einen 30jährigen Mann vor, der vor einem Jahr eine Stichverletzung der Art. subclavia sin. erlitten hat. Blutung und Blutinfiltration waren sehr heftig, 9 Wochen später liess Pat. sich erst in die chirurg. Klinik aufnehmen. Aeussere Wunde geheilt, Infiltrat zurückgegangen, aber unter dem Pectoralis major bestand ein grosser pulsirender Tumor. Durch Digitalcompression oberhalb der Clavicula wurde nach längerer Zeit das Aneurysma der Subclavia ohne sonstigen operativen Eingriff zur Heilung gebracht. v. B. will damit durchaus nicht gegen die Operation polemisiren.

Mikulicz (Krakau): Zur Blutstillung durch Tamponade und Compression. Nach Einführung der Jodoformgaze meint M. mit gutem Gewissen in manchen Fällen die Blutstillung durch Druck bewerkstelligen zu dürfen, ohne Sepsis zu besorgen. Er demonstrirt ein von ihm construirtes Instrument, das eine derartige Compression im Munde möglich macht. Es ist scheerenförmig gebaut, trägt an den Spitzen gegen einander gerichtete Pelotten und hat am Griffende eine Verschlussvorrichtung.

Madelung (Rostock): Ueber die Ausschälung cirsoider Varicen an den unteren Extremitäten. M. befürwortet gegenüber den anderen Operationsmethoden die Ausschälung des ganzen cirsoiden Venenplexus. Wichtig sei dabei, dass beim Abprépariren der dünnen, schlecht genährten Unterschenkelhaut durchaus die Bildung von gestielten Hautlappen vermieden werde.

A. von Winiwarter (Lüttich): Ein Fall von Substanzverlust des knöchernen Schädeldaches in Folge einer während des ersten Lebensjahres erlittenen Verletzung. Ein jetzt 13 Jahr alter Knabe stürzte im Alter von 6 Monaten über die Treppe. Einige Tage darnach bildete sich über der rechten Schädelhälfte ohne Hirnstörungen eine wachsende Geschwulst unter normaler Haut. Trotz Compression nahm die Geschwulst bis zum 8 Lebensjahre zu, von da ab verkleinerte sie sich mit Schwankungen. Jetzt ist sie ganz geschwunden, aber die rechte Schädelhälfte ist kleiner, ebenso zum Theil die rechte Gesichtshälfte, Orbita und Bulbus sind rechts grösser. Im rechten Os parietale ist ein Defect von 14 Cent. Länge und 6 Cent. Breite. Haut dort faltbar, unter derselben fühlt man derbweiche Resistenz, keine Fluctuation, aber Pulsation. In horizontaler Lage des Knaben sammelt sich ausserhalb der Lücke im Schädel eine fluctuirende, schlaffe Geschwulst, welche bei aufrechter Körperhaltung wieder verschwindet. Mässiger Druck auf die Lücke verlangsamt sogleich den Puls. Es bestand nach W's Deutung eine Fractur oder Fissur des Os parietale d. mit Zerreissung der Meningen und Austritt von Liquor cerebro-spinalis. Weshalb die zunehmende Ansammlung zu schwinden begann, ist unbekannt.

Madelung (Rostock): Ueber totale Rhinoplastik in mehreren Operationsacten. Da die bisherigen Methoden meist Nasen ergaben, die sehr bald durch Schrumpfung zum einfachen Vorhang wurden, versucht M. die benachbarten Knochen zum Gerüst zu verwenden und dann in mehreren Acten zu operiren, das letzte Mal nach Jahresfrist, wenn die Schrumpfung der erst eingepflanzten Lappen vollendet ist.

Hahn (Berlin): Ueber Kehlkopfexstirpation bei Carcinom. H. berichtet über fünf von ihm ausgeführte Exstirpationen, drei waren total, von letzteren starben zwei, der lebende Pat. wird mit Gussenbauer'schem künstlichem Kehlkopf vorgestellt, er spricht leicht und gut. Ein Pat. mit halbseitiger Exstirpation ist jetzt 3 1/2 Jahre ohne Recidiv. H. beginnt die Operation mit der Laryngofissur und geht je nach dem Befunde zu halbseitiger oder totaler Exstirpation über.

M. Schede (Hamburg): Ueber halbseitige Kehlkopfexstirpation. M. stellt einen Pat. vor, dem vor 18 Monaten von ihm die rechte Kehlkopfhälfte entfernt ist. Das Endresultat ist eine so gut wie absolute Wiederherstellung der Function. Es hat sich genau dem erhaltenen Stimmbande gegenüber in Folge der Narbencontraction eine nach dem Kehlkopfinnern stark vorspringende, horizontale Schleimhautfalte gebildet, durch welche ein Verschluss der Stimmritze möglich wird.

Czerny (Heidelberg): Demonstration von Magenresectionspraeparaten. Cz. hat 4 Mal die Pylorusresection gemacht, 2 Pat. sind genesen, zwei gestorben. In beiden letzteren Fällen mussten Theile vom Mesocolon entfernt werden, in beiden Fällen erfolgte Gangrän des Colon transversum, es sind daher gewichtige Warnungen für den Operateur, den Darm nie seines Mesenterium zu berauben; ist dieses unvermeidlich, so erwächst daraus die Verpflichtung auch das beraubte Colonstück ebenfalls zu entfernen. In beiden Fällen folgte der Gangrän des Colon embolische Pneumonie.

Rydygier (Kulm): Der erste Fall von Gastroenterostomie bei Stenose des Duodenum in Folge eines Geschwürs (mit Krankenvorstellung). Pat. 20 J. alt, litt seit 4 Jahren an Erscheinungen wie beim Ulcus ventriculi, die ihn derartig herunterbrachten, dass er vor der Operation 51 Pfd. wog. Die Magenpumpe half anfänglich so gut, dass Pat. scheinbar geheilt heimkehrte, bald stellte er sich jedoch wieder in desolatem Zustande ein. Es wird Resectio pylori beschlossen. Nach dem Bauchschnitt stellte sich aber heraus, dass das Ulcus nicht im Pylorus, sondern im Duodenum sass. Da vielleicht in diesem Fall trotz Gastroenterostomie Speisereste in das Duodenum gelangen und das Geschwür zum weiteren Zerfall bringen konnten, wollte R. noch längeren Gebrauch der Magenpumpe versuchen. Bisher hatten von 7 Operirten nur zwei die Gastroenterostomie überstanden. Pat. erlernte selbst den Gebrauch der Pumpe, wurde aber durch einen Diätfehler sterbens krank. Es wurde daher die Gastroenterostomie gemacht mit gutem Erfolg.

M. Schede (Hamburg): Resection des Dünndarms wegen eines mit den Bauchdecken verwachsenen Drüsenkrebses. Circuläre Darmnaht. Heilung. 9 Monate später innere Einklemmung durch ein Pseudoligament. Erfolgreiche Laparotomie. Tod durch croupöse Pneumonie. Demonstration der Präparate. Sch. warnt davor, die radicale Entfernung des Darmkrebses vorzunehmen bei bestehendem Ileus, die Patienten vertragen dann keine grossen Eingriffe, es scheint viel gerathener, in solchen Fällen vorerst nur die Colotomie zu machen. Diese Meinung bestätigt die Casuistik.

Madelung (Rostock): Ueber eine Modification der Colotomie wegen Carcinoma recti. M. hat unlängst die Colotomie nach einem Plan gemacht, den er schon 1881 proponirte, nämlich bei inoperablem Rectumcarcinom nicht ein Fenster in das Colon geschnitten, sondern dasselbe ganz durchtrennt, das centrale Ende in die Bauchwunde eingepflanzt, das periphere aber nach Verschluss seines Lumens in die Bauchhöhle versenkt. Es wird dadurch das Krebsgeschwür vor jeder Berührung mit Koth geschützt, also alle die lästigen und schädlichen Einwirkungen des letzteren hören auf. Nicht anwendbar ist diese Methode bei hochgradiger Darmüberfüllung und bei vollständiger Entkräftung der Patienten.

Davidson (Aberdeen): Ueber ein Lithophon, mit Demonstration. D. demonstrirt eine Lithophon benannte Steinsonde, an deren oberem Ende man einen Gummischlauch befestigen kann, dessen anderes Ende in's Ohr des Operateurs geführt wird und derart das Geräusch beim Anstossen des Steins besonders deutlich dem Ohr übertragen soll.

Czerny (Heidelberg): Demonstration eines Präparates von einer Radialisparalyse. Cz. berichtet über einen Fall von Paralyse des motorischen Zweiges des N. radialis nach Humerusfractur bei einem Knaben von 6 Jahren. Wie sich bei der Operation, Bloslegung des Nerven, zeigte, ragte eine scharfe Kante des oberen Bruchfragmentes so weit vor, dass der Nerv darüber abgeknickt und atrophirt war. Nach Absprengung der Kante stellte sich unter Behandlung mit Elektricität und Massage die Motilität wieder vollkommen her.

Israel erwähnt eines ähnlichen Falles.

Bidder beobachtete in zwei Fällen von vollständiger Radialislähmung spontane Heilung, meint deshalb, dass man mit operativen Eingriffen jedenfalls nicht zu eilen brauche.

Partsch (Breslau): Ueber Endresultate Ogston'scher Operationen mit Demonstration von 4 Patienten. In der Breslauer Klinik wird noch bis heute die Ogston'sche Operation bei Genu valgum geübt und mit gutem Erfolge, an 23 Patienten ist die Methode 34 Mal in Anwendung gekommen; die Pat. waren 15—29 Jahr alt. Bei der Operation erfolgte 2 Mal Abbrechen der Säge, einmal gelang es das Bruchstück zu entfernen, das andere Mal heilte es als aseptischer Körper in die Wunde ohne Schaden ein. 9 Fälle sind jetzt mindestens 3 Jahr alt und geheilt, 4 Pat. werden vorgestellt, einer derselben leistet jetzt seine Dienstpflicht ab. In keinem Falle ist eine Wachsthumsstörung beobachtet worden, vielmehr sind alle grosse, kräftige Leute, die nach der Operation sichtlich gewachsen sind.

Volkmann greift die Ogston'sche Operation lebhaft an, weil dieselbe gefährlich sei und die Krankheit nicht an ihrem Sitze angreife, er bevorzuge daher die Mac Ewen'sche Osteotomie.

Partsch werdet ein, auch die Osteotomie sei nicht ungefährlich, wie ein Fall aus der Halleschen Klinik beweise, an dem danach am Oberschenkel amputirt werden musste.

Volkmann erwidert, die Gangrän in diesem Falle sei durch zu forcirte Streckung entstanden, die Osteotomiewunde sei aseptisch geblieben.

Lange (New-York) hat an einer Pat., an der im Alter von 2—3 Jahren die Ogston'sche Operation ausgeführt war, hochgradige Wachsthumsstörungen und so bedeutende Schlottrigkeit des Kniegelenks beobachtet, dass dasselbe völlig functionslos war.

Mikulicz (Krakau) schliesst sich der Meinung Volkmann's an, weil nach Ogston'scher Operation die Function des Beins häufig ganz wesentlich beeinträchtigt sei, 4 gelungene Fälle bewiesen wenig, auch nur ein Misserfolg mache die Operation verwerflich; die Osteotomien nach Billroth und MacEwen liessen sicher keine Störung im Kniegelenk zurück. Von 5 Fällen Ogston'scher Operation, die M. kennt, seien zwei mit fast vollständiger Steifheit

des Knies ausgeheilt. Ogston selbst habe seine Operation aufgegeben.

Partsch entgegnet, die 4 vorgestellten Pat. seien nicht ausgewählt, auch von den anderen Kranken lauteten die brieflichen Nachrichten ausserordentlich günstig.

M. Schede (Hamburg): Eine neue Schiene zur allmäligen Beugung des Kniegelenks durch Zugwirkung. Sch. demonstrirt eine Schiene für die allmälige Beugung und Mobilisirung gestrecktsteifer Kniegelenke. Durch Schraubenvorrichtung sind die Theile der Schiene für Ober- und Unterschenkel gegeneinander beweglich. Ersterer wird durch Binden auf der Schiene fixirt, dann der Theil für den Unterschenkel so weit gebeugt gegen den Oberschenkel, dass der Unterschenkel nur schwach oder garnicht mehr unterstützt ist, natürlich sinkt er durch seine Schwere herab, dann wird die Schiene weiter gebeugt etc. Es soll dadurch die Beugung und Mobilisirung auf eine sehr schonende Weise besorgt werden. Auch zum Strecken von Beugungscontracturen kann die Schiene benutzt werden.

Haberern (Budapest): Demonstration eines anatomischen Präparates nach Mikulicz'scher osteoplastischer Resection. H. demonstrirt einen sehr consolidirten Stumpf der Mikulicz'schen Resection, der wegen Recidiv nach 5 Monaten amputirt werden musste und proponirt in jedem Falle das untere Fragment des Fussskelets an die Unterschenkelknochen durch Knochennaht zu befestigen, da sonst die sichere Fixation des Fusses in richtiger Stellung sehr schwer und selten gelinge.

v. Adelmann bemängelt den Ausdruck «osteoplastische» Resection, da durch die Operation nicht ein Substanzverlust ersetzt, sondern nur eine Veränderung der Form herbeigeführt werde. T.

Referate.

N. D. Monastyrski: Casuistische Beiträge zur Lehre der syphilitischen Gelenkleiden. (Jesh. kl. Gas. 1877 № 38).

Angeregt durch die Aufforderung Schüller's berichtet Verf. über 5 von ihm beobachtete Fälle von syphilitischen Gelenkleiden.

Fall 1 wird dem Verf. zur Ellenbogengelenkresection zugeschickt. Bei der Untersuchung findet man am rechten Schienbein 2 schmerzhafte Tophi und ein in Ulceration begriffenes Hautgumma. Auffallende, doch nicht schmerzhafte Verdickung der Patella. Rechtes Ellenbogengelenk sehr stark geschwellt, deutlich fluctuirend, bei Palpation nicht schmerzhaft, dagegen Druck auf den äusseren Humeruscondylus ungemein schmerzhaft. Mit einer Pravaz'schen Spritze werden aus dem Gelenk 10 Grm. einer vollständig klaren Synovia entfernt. Das Hautgumma wird gespalten und ausgekratzt. Sodann wird eine antisyphilitische Cur eingeleitet. In kurzer Zeit vollständiges Schwinden der Schwellung im Ellenbogengelenk und Wiederherstellung der normalen Beweglichkeit. Bei Rotationsbewegungen vernimmt man anfangs ein auf Distance hörbares Reibegeräusch, das allmälig schwächer wird und später nur für die Hand fühlbar ist.

Der zweite Fall betrifft eine 29 Jahre alte Bauersfrau, die mehrere Male abortirt hat und an starkem Fluor albus leidet. Bei der Untersuchung findet man Gummata am Manubr. sterni., Narben in der Fossa supraclavicul. sin. und an der linken Schulter; ferner am rechten Vorderarm und an der rechten Hand. Recente Periostitis im unteren Drittel des linken Schienbeins. Das linke Knie sehr stark geschwellt; die Schwellung durch starke Flüssigkeitsansammlung bedingt. Ausserdem findet man nach innen von der Patella und unter dieselbe dringend eine derbelastische, hühnereigrosse, schmerzlose Geschwulst, die von normaler Haut bedeckt und beweglich ist. Die Beweglichkeit im Kniegelenk nicht besonders alterirt. Auf antisyphilitische Behandlung resorbiren sich die Gummata, schwindet die Periostitis des Schienbeins, der Erguss im Kniegelenk nimmt zusehends ab und die Geschwulst an der Patella verkleinert sich bis auf Pflaumengrösse, worauf hin Pat. sich weiterer Behandlung entzieht.

Der dritte Fall kommt ins Krankenhaus mit einer Periostitis der 6. und 7. linken Rippe. Das linke Kniegelenk sehr stark geschwellt, die Haut über der Patella narbig und mit dem Knochen verwachsen. Die Schwellung des Gelenkes hängt von einer bedeutenden Flüssigkeitsansammlung in demselben ab. Die linke Patella bedeutend dicker als die rechte. Unter ihr und nach innen von der Strecksehne eine derbelastische knollige Geschwulst von Apfelsinengrösse. Haut über der Geschwulst normal und frei verschiebbar. Durch Bewegung im Gelenk einerseits und durch Verschieben der Geschwulst andererseits lässt sich constatiren, dass letztere mit dem Recessus sup. im Zusammenhange steht. Die beschriebenen Symptome wichen schnell einer antisyphilitischen Behandlung und verlangte Pat. seine Entlassung als auch die Geschwulst am Kniegelenke bis auf die Hälfte verkleinert war.

Der vierte Pat. laborirt seit seinem 7. Lebensjahre. An der Streckseite des linken Ellenbogengelenks strahlige Narben, an der Peripherie serpiginöse Geschwüre und erbsengrosse Knoten. Beide Schienbeine verdickt, auf Druck schmerzhaft. Sehr bedeutender Erguss im rechten Kniegelenk, dessen Kapsel stark verdickt ist. Die Bewegungen im Kniegelenk vollständig frei; dahingegen die Palpation des Gelenkes äusserst schmerzhaft. Im linken Kniegelenk ebenfalls ein leichter Erguss; doch ist bei Druck keine Schmerzhaftigkeit vorhanden und sind die Bewegungen wie rechts frei. Das rechte Kniegelenk wird punctirt, dabei werden ungefähr 3 Unzen einer klaren Synovia entleert. Auf eine antisyphilitische Behandlung Schwund sämmtlicher Symptome und Auftreten von Reibegeräusch im linken Kniegelenk.

Der fünfte Pat. endlich acquirirte Syphilis im Jahre 1872. Im August 1881 verspürte er nach einer Erkältung Schmerzen im Halse. Bei der Untersuchung findet Verf. steife Kopfhaltung, der Kopf ist nach hinten etwas geneigt; das Cucullaris rechts gespannt. In der Gegend des 2. Halswirbels rechts vom Dornfortsatze eine diffuse ziemlich harte Geschwulst. Druck auf den Dornfortsatz und die Querfortsätze verursacht keinen Schmerz, dagegen ist Druck zwischen rechtem Querfortsatze und Dornfortsatze empfindlich. Die Bewegungen des Kopfes überhaupt sehr beschränkt und die Rotationsbewegungen unmöglich. Die Nächte verbringt Pat. schlaflos seiner heftigen Schmerzen wegen. Nach 38 Einreibungen mit Ung. cin. war die Schmerzhaftigkeit vollständig geschwunden, die Bewegungen nach allen Richtungen frei, namentlich auch die Rotationsbewegungen, wobei rechterseits die aufgelegte Hand deutlich Crepitation fühlte. D.

G. Leubuscher: Physiologische und therapeutische Wirkungen des Convallamarin. (Zeitschr. für klinische Medicin Bd. VII, H. VI).

Bei der Behandlung der Herzkrankheiten genügt die Digitalis, trotz ihrer so vorzüglichen Dienste, nicht in allen Fällen, und daher macht sich das Bedürfniss und das Bestreben immer von Neuem geltend ein Mittel zu finden, das der Digitalis ähnlich wirkt resp. dasselbe ersetzt. Vor einigen Jahren wurde die Conv. maj. sowohl von russischer als auch von französischer Seite aus warm empfohlen. Diesen beiden Arbeiten folgten eine Reihe anderer, die theils das Mittel resp. seine Alkaloide für wirksam erklärten theils ihm jede Wirksamkeit absprechen wollten. Letzteres geschah besonders von deutscher Seite her. L. unternahm es auf experimentellem Wege die physiologischen Wirkungen des Convallamarin (von Walz 1858 dargestellt) auf den Organismus der Kalt- und Warmblüter zu prüfen resp. dieselben am Krankenbette zu studiren. Die Ergebnisse der Experimente waren folgende: Das Convallamarin ist ein sehr energisch wirkendes Herzgift, das subcutan applicirt oder direct in den Kreislauf gebracht Kalt- und Warmblüter schon in kleinen Gaben tödtet und zwar durch Herzstillstand.

Nach grösseren Gaben ist bei Warm- und Kaltblütern eine Verlangsamung der Herzthätigkeit zu beobachten, die aber bei letzteren weniger ausgesprochen ist. Nach letalen Dosen geht dieses Stadium der Verlangsamung meist direct in den Herzstillstand über.

Bei Kaltblütern resp. Fröschen bleibt das Herz in Systole stehen, bei Warmblütern in einem mittleren Contractionszustande.

Der Blutdruck bei Warmblütern sinkt nach mittleren und letalen Gaben fortschreitend — ohne nochmaliges Ansteigen vor dem Tode.

Auf die Athmung hat Convallamarin keinen bestimmten Einfluss.

Die Erregbarkeit des Nerv. vagus wird zuerst etwas gesteigert, dann aufgehoben.

Therapeutisch fand das Mittel Anwendung bei solchen Affectionen, bei denen org. Herzerkrankungen vorlagen, theils bei solchen, wo aus anderen Gründen Herzschwäche eingetreten war und Hydrops, Cyanose und Dyspnoe in den Vordergrund traten. Bei subcut. Anwendung von 0,01 konnte weder bei Gesunden noch bei Kranken irgend welche Veränderung des Pulses constatirt werden. Nach einer Injection von 0,02 Convallamarin bei einem an Mitralinsufficienz leidenden und mit hochgradiger Herzschwäche darniederliegenden Kranken sank die Pulsfrequenz, mit ihr aber successiv auch der Blutdruck bis auf die Hälfte des vorhergewesenen. Bei innerlichem Gebrauche von 0,005 3 bis 5 mal täglich wurden keine Veränderungen beobachtet. Ferner wurde dass Mittel innerlich verabreicht bei 2 Fällen von chron. Myocarditis mit hochgradigen Oedemen, Dyspnoe etc., bei 3 Fällen von Compensationsstörungen in Folge von Klappenfehlern, bei 3 Fällen von Herzschwäche in Folge von Bronchitis und Emphysem, Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels und in einem Falle von Schwäche des linken Ventrikels bei chron. Nephritis. Bei keinem einzigen Kranken wurde eine Steigerung der Diurese und ein Sinken der Oedeme beobachtet; irgend eine günstige Wirkung wurde überhaupt nicht beobachtet, einmal aber wurde der vorher regelmässige Puls irregulär, so dass er kaum gezählt werden konnte. Nach Aussetzen des Convallamarin wurde durch Digitalis die beabsichtigte Wirkung stets erzielt.

Zum Schluss seine Erfahrungen zusammenfassend, kommt Vf. zu der Ueberzeugung dass die therapeutischen Wirkungen des Convallamarin nicht allein gleich Null sind, sondern wenn überhaupt etwas mit dem Mittel erreicht wird, man eher eine Verschlimmerung des Zustandes erwarten kann. L—n.

Weile: Systolisches Blasegeräusch an der Herzspitze in einem Falle von Aortenerkrankung. (Rev. de médec. 1884 № 3).

Commis-voyageur (wie alt?) tritt am 2. December 1883 in die medicinische Klinik zu Lyon ein, wo er am 27. December stirbt. Vor 4 Jahren, 15 Tage lang anhaltender acuter Gelenkrheumatismus, vor 5 Monaten Schlaflosigkeit, Anfälle von Oppression und

Herzklopfen, Oedem der Beine. Bei der Aufnahme des niedergedrückten blassen Kranken findet man den Herzstoss sehr schwach im 6. Intercostalraum hinter der Mamillarlinie, kein Frémissement, Herzcontractionen regelmässig, grobes systolisches Blasen an der Herzspitze, in Niveau des Sternums und der Herzbasis sich abschwächend und zur Achselhöhle sich verbreitend, kein Uebergreifen auf die Diastole zeigend, Herzdämpfung nicht vergrössert, kein Geräusch in den Carotiden, Radialpuls regelmässig. In den Lungen einige Rasselgeräusche, Leber vergrössert, Eiweiss im Harn, einige Purpuraflecken an den Beinen. Am 3. December bruit de galop in der ganzen Präcordialgegend, Blasegeräusch in statu quo. 7. December Kranker sehr blass. Mit dem Hayem'schen Hämatometer wurden 1,500,000 gesunde Blutkörperchen bestimmt, im Harn Eiweiss und einige hyaline Cylinder. 23. December in der Nacht Apoplexie mit nachfolgender rechtsseitiger Hemiplegie, nach 4 Tagen Tod durch hypostatische Pneumonie.

Section. Ostium atrio-ventriculare sinistrum et dextrum und Valvula bicuspidalis und beide Herzhöhlen normal, Ventrikel nicht erweitert, an der inneren Fläche der Aortenklappen kleine, 1—1½ Cm. lange und 3—4 Mm. hohe in der Axe des Gefässes verlängerte, fibröse Wucherungen, geringes Atherom der Aorta, unbedeutende Erweiterung des rechten Herzens, Herzmuskel gesund. Nephritis, hämorrhagischer Herd in der linken Hemisphäre, welcher den äussersten Theil des Linsenkerns und der äusseren Kapsel einnimmt.

W. nimmt zur Erklärung dieses Widerspruches zwischen den klinischen Symptomen und dem Sectionsbefunde eine von Dr. Bergeon (Thèse de Lyon 1868) ausgesprochene Ansicht zu Hülfe, dass ein Blasegeräusch nicht nur während des Durchganges des Blutes durch eine relativ oder wirklich erweiterte Stelle des Circulationssystems entsteht, sondern auch dann sich bilde, wenn das Blut aus einer erweiterten Partie in eine verengerte ströme, vorausgesetzt, dass diese in jener eine Ausbuchtung (cul de sac) bildet (Chauveau). Die peripheren Flüssigkeitstheilchen werden dabei in die Ausbuchtung zurückgedrängt, während der centrale Theil des Blutes durch die verengerte Stelle abfliesst. Diese Rückstauung kann nicht ohne Spannungssteigerung geschehen, welche, an einem gewissen Grade angelangt, den peripheren Flüssigkeitstheilchen ein Zurückdrängen der centralen gestattet, wobei eine Reihe von rückläufigen Schwingungen der Theilchen entsteht, welche ihrerseits wieder die Schwingungen der flüssigen auf die festen übertragen und ein Blasegeräusch produciren, welches sich in einem, dem Blutlaufe entgegengesetzten Sinne verbreitet, was sich sehr gut auf das Blasegeräusch bei Mitralisinsufficienz anwenden lässt. Im vorliegenden Falle stellen die Wucherungen an den Aortenklappen etwas ähnliches wie bei der Insufficienz der Mitralis vor, eine weite Oeffnung, von einer starren Partie begleitet, welche gegen den Strom wirkt und rückläufige Schwingungen producirt. Der grösste Unterschied bei der Vergleichung beider Zustände liegt in der Entfernung zwischen dem Mitralis-, resp. Aortenapparat von der Herzspitze, welcher Unterschied durch die Höhe der vorderen Mitralisklappe gemessen wird; diese scheint eine Fortsetzung der hinteren Wand der Aorten zu bilden.

Die eben gegebene Erklärung kann auch auf die Fälle angewandt werden, in welchen systolisches Blasen bei einer Aortenstenose sich längs des Brustbeins nach unten verbreitet (Marey und Duroziez). Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Die Sanitätsverhältnisse der russischen Armee während des Feldzuges gegen die Tekinzen 1880—81.

Obgleich seit der Beendigung des genannten Feldzuges bereits 3 Jahre verflossen, ist von Seiten der Militärsanitätsverwaltung noch kein officieller Bericht veröffentlicht worden, dagegen erschien soeben der 4. Band eines sehr ausführlichen Werkes in russischer Sprache «*der Krieg in Turkmenien*, der Feldzug Skobelew's 1880/81», herausgegeben vom Obristen N. J. Grodekow. Dieser 4. c. 500 Seiten starke Band ist zum grössten Theile den Sanitätsverhältnissen gewidmet und verdient daher volle Aufmerksamkeit der Aerzte, da G. sich stetig auf officielle Angaben, Rapporte etc. stützt. Grodekow beginnt mit einer Schilderung des Klima, der Flora und Fauna der Gegend.

Von Michailowsk bis Kisyl-Arwat zieht sich eine Sandwüste (zum Theil mit sehr feinem Flugsand), die sich bei Regengüssen mit tiefem Schmutz bedeckt, der schwer zu passiren ist. Sowohl Michailowsk wie Tschikischliar, die beiden Ausgangspuncte des Feldzuges am Kaspischen Meere sind ausserdem häufig Ueberschwemmungen ausgesetzt. Das Wasser ist in der genannten Gegend schlecht, salzig und fault leicht. Die Analysen Ott's und die Erkrankungen während der 1. Expedition 1879 beweisen die völlige Unbrauchbarkeit. Gutes Quellwasser findet man erst 120 Werst von Michailowsk, dann ist es jedoch bis zur Oase Achal-Teke zu finden. — Die *Temperatur* beträgt im Turkmenen-Lande im Sommer durchschnittlich 30—40° R., steigt jedoch bis 50° R. In den Kibitken (Filzzelten) betrug die Temperatur nur c. 2° weniger als die Aussenlufttemperatur. Im Winter fällt die Temperatur nur selten unter 10° R. Bemerkenswerth ist die Häufigkeit von Winden, namentlich trockene, scharfe S.-O.-Winde brachten der Armee viele Unzuträglichkeiten.

Die *Flora* Turkmenien's ist arm, vorherrschend kommen vor:

1) *Dshantak* (Alhagi camelorum), vorherrschendes Kameelfutter.
2) *Saksaul* (Anabasis ammodendra), ein Strauch, welcher bis zu 1½ Faden hoch wird und getrocknet ganz gutes Brennholz liefert.
3) *Igran* (Schilf). Von Culturpflanzen in den Oasen ist die wichtigste eine Art Maïs — Dshugar, welcher von Menschen und Pferden gern gegessen wird. Ferner kommen auch Melonen und Weintrauben vor. Bezüglich der *Fauna* wäre zu erwähnen, dass man an den Flussufern oft Wildschweine, wilde Esel und Tiger findet, ferner Steppenhühner, selten Fasane. Eine wahre Plage der Armee bildeten ausser zahlreichen Insecten, Fliegen und eine besondere Art grauer Nachtfalter. Scorpione und Taranteln kommen häufig vor.

Indem G. nun zur Darlegung des Gesundheitszustandes übergeht, führt er folgende Hauptursachen für die häufigen Erkrankungen in der Armee an:

1) Schlechtes Wasser, 2) Hitze und starker Temperaturwechsel, 3) Uebermüdung durch Arbeiten, welche durch die Sonderheiten des Terrains bedingt waren, wie Brunnengraben etc., 4) forcirte Märsche.

Der Krieg gegen die Turkmenen hat bekanntlich in 2 Intervallen stattgefunden: 1879 führte General Lasarew eine Armee gegen dieselben, doch endete dieser Feldzug unglücklich. Erst beim 2. von Skobelew geleiteten Feldzuge wurde ein glückliches Ende durch Eroberung der Hauptbefestigung Gök-Tepe herbeigeführt. Dementsprechend behandelt G. die Sanitätsverhältnisse der beiden Feldzüge gesondert.

1879.

Während des 8 monatlichen Feldzuges in diesem Jahre hatte die Armee an *Erkrankten und Verwundeten* — 18943, von denen jedoch nur 309 starben. Das Hauptcontingent wurde durch *Intermittens* gegeben, obgleich die Armee nirgends auf sogenanntem Intermittensboden stand. Wohl aber wurde die bemerkenswerthe Beobachtung gemacht, dass die Zahl der Intermittenskranken bedeutend stieg, wenn der Wind aus derjenigen Richtung kam, in welcher an der wenig entfernten persischen Grenze berüchtigte Wechselfiebergebiete liegen. Von den 8324 Intermittenskranken (mit 52 Todesfällen) fiel das Maximum auf den Juli (1637). Ferner gab es besonders viel Pat. mit *Darmcatarrhen* (3618 mit 68 Todesfällen) und *Dysenterie* (984 mit 136 Todesfällen). Die Ursache ihrer Häufigkeit liegt wohl im schlechten Wasser. *Scorbut* kam 1042 Mal vor (mit 8 Todesfällen), besonders im September. Als Ursachen führt G. Mangel an frischem Gemüse, Essig und Fruchtsäuren, sowie die gedrückte Gemüthsstimmung nach der unglücklichen Schlacht an. Die Anzahl der Augenkranken war wider Erwarten gering — 544, desgleichen die Zahl der Verwundeten — 352 (mit nur 8 Todten? Rf.). Die Wunden heilten auffallend leicht, selbst unter ungünstigen Verhältnissen, so z. B. genas in kurzer Zeit ein Soldat, welcher 22 *Säbelhiebe* empfangen. Von *typhösen Erkrankungen* kam nur ein einziger Fall von Abdominaltyphus vor. Bemerkenswerth waren 4 Fälle von *Leberabscessen* mit tödtlichem Ausgange.

Die Sanitätspflege war 1879 eine recht ungenügende, denn nur 1 temporäres Kriegshospital mit 420 Betten war in Dienst gestellt, ausser den Divisionslazarethen. Ueberhaupt waren die medicinischen Fragen bei Ausrüstung des Feldzuges nur wenig berücksichtigt worden.

1880.

Die schlimmen Erfahrungen des Jahres vorher, sowie die grosse eigene Erfahrung des gewiegten Feldherren, General Skobelew, liessen den 2. Feldzug unter in sanitärer Beziehung viel günstigeren Bedingungen beginnen. Es muss übrigens besonders hervorgehoben werden, wie Ref. es auch aus eigener Anschauung bezeugen kann, dass Skobelew sich dadurch auszeichnete, dass er den medicinischen Fragen bei seinen Truppen stets eine besondere Fürsorge widmete.

Skobelew stellte sich in sanitärer Beziehung folgendes Programm für den Feldzug 1880/81:

1) Nur vollständig gesunde Soldaten sollen mitgenommen werden.
2) Die Tagesration der Soldaten muss verbessert und vermehrt werden.
3) Die Soldaten müssen entsprechendere Kleidung und verbesserte Wohnräume erhalten.
4) Das Sanitätspersonal muss bedeutend vermehrt werden.

Alle diese Bedingungen wurden auch wirklich erfüllt. Näher eingehen wollen wir nur auf Punct 4.

Medicinische Hülfe, während des Feldzuges.

Vor Allem suchte Skobelew zu erreichen, dass die Armee über eine genügende Anzahl von Aerzten verfüge, wobei er als Minimum 1 Arzt pro 1000 Mann Truppen für nöthig hielt, da die Engländer während des Feldzuges in Abessynien 1 Arzt pro 800 Mann besassen und damit gut auskamen. Ende 1880, als die Hauptthätigkeit gegen die Tekinzen begann, hatte Skobelew es erreicht, dass die Armee 44 Aerzte (1 : 356) besass, ferner je 1 Pharmaceuten pro 1325 und je 1 Feldscheerer pro 180 Mann, wobei die medicinische Hülfe seitens des „rothen Kreuzes" nicht mitgerechnet ist.

Weiter wurde für genügende Anzahl von *Hospitälern* gesorgt. Den 1880 vorhandenen 2 Kriegshospitälern wurden noch 3 à 210 Betten hinzugefügt, von denen zu Evacuationszwecken je 1 in Krassnowodsk und Tschikischliar postirt wurde. Zu gleichem Zwecke, da eine Winterevacuation nach Baku in Aussicht genommen wurde, liess Skobelew das dortige Spital des Localbataillons auf 130

Betten erweitern. In Petrowsk wurde eine Sanitätsstation zu 150 Betten errichtet. Ferner verfügte die Armee über 2 Divisionslazarethe à 40 Betten nebst 113 Krankenwagen (mit 226 Plätzen) und war bei den einzelnen Truppentheilen das Material für 138 Betten vorhanden. Bei den Kriegsspitälern befanden sich 18 barmherzige Schwestern. Ferner wurden 2 *Evacuationslinien* hergerichtet: 1) Die *Atreklinie* mit 8 Sanitätsstationen, welche zusammen 700 Betten (ausser 250 Reservebetten) enthielten und 2) die *Michailowskilinie* mit 730 Betten. Letztere Linie entsprach der Haupt-Heerstrasse, wo die Armee vorrückte. Im Ganzen verfügte die Armee über 1300 Betten, d. h. über 1 Bett pro 8 Mann der in der Fronte Befindlichen.

Während des Sturmes der Befestigung *Gök-Tepe* waren 7 Verbandplätze eingerichtet. Auf Letzteren wurden 2 Aerzte verwundet Im ganzen Feldzuge dagegen zählte man 825 Verwundete und Erkrankte des Sanitätspersonals mit 50 Todesfällen. So gut auch, wie wir sehen die Sanitätseinrichtungen organisirt, so giebt es doch noch einen sehr wunden Punct, den auch Skobelew nicht umgangen hat, nämlich die Auswahl des niederen Sanitätspersonals in den Kriegshospitälern. Bekanntlich ist es bei uns Gebrauch, diejenige Mannschaft zum Hospitaldienst zu commandiren die für jeden anderen Dienst untauglich ist. Dieser Umstand hatte uns schon im türkischen Feldzuge 1877 manche schwere Stunde bereitet und ist auf den Nachtheil dieses Missbrauches in den Berichten über den Türkenkrieg wiederholt hingewiesen worden. Nichtsdestoweniger finden wir in dem Grodekow'schen Buche (Band IV. pag. 333) folgenden Passus: «Die Hospitäler № 2 und 3 erhielten ihr niederes Dienstpersonal aus dem Localcommando des Transkaspi-Gebietes und aus der Zahl der Schwächlichen und derjenigen der activen Armee, welche unfähig waren, die Beschwerden eines Steppenfeldzuges zu ertragen». Also «слабые по здоровью и неспособные» *), die sollten die Beschwerden der Krankenpflege ertragen! Wann wird sich endlich der Begriff festsetzen, dass zur Krankenpflege nur Leute «mit voller Arbeitskraft» sich eignen? Sehr vielsagend für die Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenpflege sind die Angaben über den *Verbrauch von Apothekerwaaren* während des Feldzuges. Dafür wurden ausgegeben — *63,233 Rbl.*, davon für Medicamente — 46,009 Rbl. Allein für Chinin *(250 Pfd.)* wurden *19,343 Rbl.* gezahlt, für Verbandmaterial — 7680 Rbl., für Desinfectionsmittel — 3650 Rbl.

Die Erkrankungen und Verwundungen 1880/81.

Im Ganzen hatte in 18. Monaten (vom 1. Januar 1880 bis zum 1. Juli 1881) die active Armee im Transkaspi-Gebiete bei einem Durchschnittsbestande von c. 12,000 Mann:

Kranke	27,704
Verwundete	987
Summa	28,691 Mann mit *813* Todesfällen.

Die Erkrankungen fielen wie 1879 vorherrschend auf Intermittens, Darmcatarrhe und Scorbut, denen sich jedoch noch eine schwere Typhusepidemie gegen Ende des Feldzuges hinzugesellte.

An *Intermittens* erkrankten 8411 Mann (65 starben) mithin lieferte sie 29 % aller Kranken (1880 — 31,3 %, 1881 — 26,0 %). Die Maxima der Erkrankungen fielen auf Ende September und Ende Februar. Der Charakter war meist kein perniciöser. Die *Dysenterie* ergriff 766 Mann (139 starben). Das Maximum der Erkrankten fiel auf den August 1880. Die Mortalität dabei war eine recht hochgradige. *Darmcatarrhe* kamen 4902 Mal vor (mit 102 Sterbefällen); am häufigsten wurden sie im August beobachtet, das Minimum fiel auf den März 1881, worauf die Zahl stetig bis zum Ende des Feldzuges im Juni stieg. Der *Scorbut* befiel 1321 Mann (mit 38 Todesfällen) und nahm stetig zu, wie dieses aus einer Gruppirung der Erkrankungen zu je 6 Monaten sichtbar. Im ersten Halbjahr waren *106* Scorbutiker, im 2. — *492* und im 3. — *723*. Ergriffen wurden alle Truppentheile und Chargen, selbst Officiere und Aerzte blieben nicht unverschont, obgleich ihre Kost doch bedeutend besser wie diejenige der Soldaten und sie nie Mangel an Nahrungsmitteln litten.

Die *typhösen Erkrankungen* befielen 1445 Mann (195 Todesfälle) und zwar erkrankten 1880 — 100, 1881 — 1345 Mann. Das Centrum der Epidemie bildete Gök-Tepe, wo nach dem Sturm der Typhus ausbrach (im Januar) und im Februar und März seinen Höhepunct erreichte. Als Ursache wird die Luftverderbniss durch die nach der Erstürmung der Festung faulenden Leichen angesehen. Nach der Form vertheilen sich die typhösen Erkrankungen folgendermaassen:

Typhus abdominalis	84 —	34 Todte.
« exanthematicus	185 —	46 «
« recurrens	758 —	54 «
« mit unbestimmter Form	318 —	41 «

Die Zahl der Augenkranken war auch 1880/81 relativ gering, nämlich 939.

Die Zahl der Verwundeten ist in diesem Feldzuge keine grosse gewesen. Dieses erklärt sich daraus, dass es sich nicht um offene Feldschlachten, sondern vorherrschend um einen Belagerungskrieg handelte, der im Sturme der Feste Gök-Tepe culminirte.

Während 1879 — *352* Verwundete (8 davon gestorben) verzeichnet sind, kommen auf 1880 — *378* und 1881 — *609* (1880/81 — starben an ihren Wunden — 168). Interessant ist nachfolgende Zusammenstellung der Verwundungen aller 3 Jahre nach Waffen und Körperregion. Es kamen vor:

Schussverletzungen	75 %,	davon starben	20,64 %
Stichwunden	16 %,	« «	2,85 %
Wunden durch Hieb-Waffen	5 %,	« «	19,66 %
Contusionen	4 %,	« «	1,96 %

Auffallend ist grosse der Procentsatz durch Stich- und Hiebwaffen, zusammen 21 %, also mehr als ⅕ aller Verwundungen. Dieses ist eben nur noch im Kampfe mit asiatischen Völkern möglich, wo die Stichwaffen noch eine grosse Rolle spielten und es vielfach zum Handgemenge gekommen, sowohl beim Sturm wie beim Kampfe in den Laufgräben bei nächtlichen Ueberfällen, in denen die Tekinzen Grosses leisteten. (Schluss folgt).

*) Schwächliche und Untaugliche.

Der Deutsche Sanitätsbericht.

Dreizehn Jahre nach Beginn des deutsch-französischen Krieges sind nun endlich die Anfänge dieses so lange und mit so lebhaftem Interesse erwarteten Berichts im Druck erschienen.

Der volle Titel des Werkes lautet:

Sanitätsbericht über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870—1871. Herausgegeben von der Militär-Medicinalabtheilung des Königlich Preussischen Kriegsministeriums, unter Mitwirkung der Militär-Medicinalabtheilung des Königlich Bairischen Kriegsministeriums, der Königlich Sächsischen Sanitätsdirection und der Militär-Medicinalabtheilung des Königlich Würtemberg. Kriegsministeriums. Berlin 1884. E. S. Mittler und Sohn. Hofbuchhandlung.

Thatsächlich herausgegeben sind bisher nur der erste und vierte Band, denen die übrigen in kurzer Frist folgen sollen. — Betitelt ist *der erste Band*: Sanitätsdienst bei den Deutschen Heeren. 432 Seiten Grossquart und 277 Seiten Beilagen; mit 64 lithographirten Tafeln, 18 Holzschnitten im Text, 13 Karten und 16 Skizzen, — *der vierte Band*: Die physikalische Wirkung der Geschosse, erläutert an den Präparaten der kriegschirurgischen Sammlung des Königlich Medicinisch-Chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institut zu Berlin, nebst dem Cataloge der Sammlung. 150 Seiten Grossquart mit 1 lithographirten Tafel, 2 Holzschnitten im Text und 56 Tafeln in Lichtdruck.

Das preussische Militär-Wochenblatt sagt zur Orientirung über das Werk folgendes. «Nach zwei Richtungen erscheint der Zweck «eines so umfassenden Berichtes offenkundig. — Erstens soll er die «Wirksamkeit und *die Leistungen des Militär-Sanitätswesens* in «jener bedeutenden Epoche der vaterländischen Entwickelung *zeigen* «und zweitens *die Erfahrungen sammeln*, damit sie der wissen«schaftlichen Ausbildung des Sanitätspersonals und somit wiederum «der Armee zu Gute kommen». — Wir registriren diese, für die Herausgabe des Werkes leitenden Gesichtspuncte, um sie für die Beurtheilung des Ganzen im Auge zu behalten.

Der ungewöhnlich lange Zeitraum, welcher verstrich ehe es zur Gewissheit wurde, dass das Werk nur in Angriff genommen sei, hatte bei Vielen Zweifel darüber hervorgerufen, ob es überhaupt je erscheinen werde. Dies war um so mehr der Fall, als man keine Gründe für so lange Verzögerung finden konnte. Inzwischen war aber sofort nach dem Kriege die Herausgabe eines umfangreichen Berichtes von competenter Seite in Aussicht genommen worden. — Man musste indess mit dem Beginne der Arbeit warten, weil sich demselben Schwierigkeiten entgegenstellten, die Jahre hindurch bestehen blieben. Das ganze Actenmaterial, die Berichte, Krankenbücher und Journale, waren nämlich der Militär-Behörde unumgänglich erforderlich, um Tausende von Invaliden-Ansprüchen zu prüfen und andere wichtige Personalfragen zu entscheiden. — Inzwischen wurden vielfache andere organisatorische Arbeiten auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens in Angriff genommen, welche bezweckten das Sanitätscorps, unter Verwerthung der im Kriege gewonnenen Erfahrungen, auf eine der Tüchtigkeit der übrigen Heerestheile entsprechende Stufe zu stellen. Diese Arbeiten mussten natürlich erst abgeschlossen werden und so konnten die Vorarbeiten für den Sanitätsbericht erst im Jahre 1876 beginnen. Es wurden die einzelnen Aufgaben zur Bearbeitung unter betreffende Aerzte (Sanitätsoffiziere) der verschiedenen Truppentheile aller deutschen Staaten vertheilt. Die räumlich von einander getrennten Mitarbeiter konnten nun unmöglich gleichzeitig dasselbe Actenmaterial benutzen, sondern immer nur Einer nach dem Anderen, was enorme Verzögerung verursachen musste. Durch Personenwechsel, Krankheiten, Tod der Mitarbeiter, entstand weiterer Verzug und so dauerte es bis zum Ende des Jahres 1882 bis alle Vorarbeiten endgültig abgeschlossen waren. Dann erst wurde in Berlin eine Redactionscommission für den Bericht niedergesetzt, welche unter dem Vorsitz eines Decernenten der Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums tagte. Zu dieser Commission gehörte je ein bairischer, sächsischer, würtembergischer und mehrere preussische Militärärzte, welche gemeinschaftlich das colossale Material der Vorarbeiten zu sammeln, zu classificiren und zu verarbeiten hatten. Die Arbeiten sind bereits soweit vorgeschritten dass der 1. und 4. Band die Presse verlassen und dem Abschluss des ganzen Werkes in längstens Jahresfrist entgegengesehen werden kann.

Dem Anlageplan nach zerfällt das ganze Werk in 5 Abtheilungen welche zusammen 8 Bände umfassen und zwar:

I. Administrativer Theil.

1. Band. Sanitätsdienst bei den Deutschen Heeren.

II. Statistischer Theil.

2. Band. Erkrankungsziffer und Sterblichkeit bei den Deutschen Heeren, nebst einer summarischen Uebersicht über die in Deutschen Sanitätsanstalten behandelten Franzosen.

III. Chirurgischer Theil.

3. Band. Die Verwundungen durch Kriegswaffen bei den Deutschen Heeren, unter Berücksichtigung der in Deutschen Sanitätsanstalten behandelten Franzosen.

4. Band. Die physikalische Wirkung der Geschosse mit besonderer Beziehung auf die im Kriege 1870 71 verwendeten Projectile, etc.

5. Band. Casuistik der nach Verwundung durch Kriegswaffen auf Verbandplätzen oder in Lazarethen der Deutschen Heere ausgeführten grösseren Operationen.

IV. Medicinischer Theil.

6. Band. Die Seuchen bei den Deutschen Heeren unter Berücksichtigung der entsprechenden Verhältnisse bei den Französischen Armeen, bei den kriegsgefangenen Franzosen und bei der Civilbevölkerung der kriegführenden Staaten.

7. Band. Die nach Verwundungen, nach ansteckenden Krankheiten und sonst beobachteten Erkrankungen des Nervensystems bei den Deutschen Heeren.

V. Theil.

8. Band. Bibliographie und Register.

Von den erschienenen beiden Bänden enthält nun der erste die Geschichte des Sanitätsdienstes während des Krieges und ist das einzige grosse Werk in der Literatur, welches der *Organisation* und *Administration* des Militär-Sanitätswesens eine so umfassende und eingehende Würdigung angedeihen lässt, wie es die Wichtigkeit des Gegenstandes erheischt. *Kleinere* Sanitätsberichte aus Kriegen haben bisher allerdings versucht diesem Gegenstande gerecht zu werden, wie z. B. meine eigenen Arbeiten über den Krieg 1877—1878, oder, soweit es das rothe Kreuz betrifft, also einen dependirenden Theil der Sanitätsgeschichte des Krieges, die mustergültigen Arbeiten von P. A. Richter und N. S. Abasa. Grössere Arbeiten indess gönnten diesem Gegenstande (Organisation und Administration) bisher unverhältnissmässig wenig Raum und das grösste Werk dieser Art, der amerikanische Sanitätsbericht über den Secessionskrieg, giebt seine spärlichen Notizen nicht einmal im Zusammenhang, während er die militärische Geschichte des Krieges ausgedehnt behandelt, obgleich dieselbe doch nur bedingungsweise in einen Sanitätsbericht hinein gehört. Der deutsche Sanitätsbericht hingegen berührt die militärische Seite nur ganz vorübergehend, nur soweit dies durch das Thema unumgänglich erforderlich. — Das bekannte grosse Werk des preussischen Generalstabes über den Krieg 1870—1871 hat ja die militärische Geschichte des Krieges erschöpft und ist der erste Band des deutschen Sanitätsberichts eigentlich auch als eine Ergänzung des 22. Bandes des Generalstabs-Werkes zu betrachten, welcher in seiner 2. Hälfte den Sanitätsdienst summarisch behandelt. — Der erste Band des Sanitätsberichtes schildert also die Ausstattung der deutschen Armeen im Kriege 1870—1871 mit Sanitätspersonal und Material, die Befugnisse der Sanitätsorgane, die Einrichtung der mobilen Sanitätsformationen, sehr eingehend, offenbar im Hinblick auf künftige Feldzüge und darauf, dass es ohne eine genaue Beschreibung für *spätere* Zeiten nicht leicht sein würde sich ein richtiges Bild des Gewesenen zu entwerfen, weil im Laufe der Zeit alle Einrichtungen Veränderungen unterworfen sind. Das Buch ist eben nicht nur für die jetzige Generation, nicht nur für die heutigen Militärärzte und Militärs, nicht nur für Deutsche geschrieben, welche alle bestehenden Einrichtungen gut kennen, sondern auch für spätere Generationen, für Ausländer, für Laien. — Aus diesem Grunde ist Alles möglichst vollständig und objectiv beschrieben wie es im betreffenden Kriege bestanden und nur an wenigen Stellen auf Kritiken und Angriffe Bezug genommen. Das Ganze ist ungemein klar gehalten, für jedes Capitel die leitenden Gesichtspuncte erörtert und die Resultate wo irgend möglich in Zahlen ausgedrückt. Was nicht direct zum Sanitätsdienst gehört, wie Bekleidung und Ernährung der Truppen, Desinfection der Schlachtfelder etc., ist in diesem Bande nur soweit berührt als es unumgänglich nöthig ist zum Verständniss der folgenden Theile. — Bei Besprechung der einschlägigen französischen Verhältnisse hat augenscheinlich das Bestreben vorgewaltet keine Empfindlichkeit zu erwecken und darf dasselbe bezüglich der Genfer Convention gelten, von welcher die Truppen mancherlei Unzukömmlichkeiten zu erleiden hatten. Die vorhandenen Mängel erwiesen sich als nicht umfangreich und sind mit um so grösserer Unbefangenheit und Aufrichtigkeit besprochen worden, als die gewonnenen Resultate überwiegend äusserst befriedigende genannt werden können. — Die einzelnen Capitel des ersten Bandes behandeln der Reihe nach folgendes Material. K.

(Fortsetzung folgt).

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Dorpater Druckschriften

pro Semester II. 1883 und Semester I. 1884.

— Personal der Kaiserlichen Universität zu Dorpat nebst Beilage. 1883. Semester II.

— Personal der Kaiserlichen Universität zu Dorpat nebst Beilage. 1884. Semester I.

Inaugural-Dissertationen.

— Ein Beitrag zur Laparotomie bei Darminvaginationen von St. Beklewski.

— Ueber die Hernia properitonäalis von Ad. Wagner.

— Beobachtungen über die sogenannten Blutplättchen (Blutscheibchen) von Hermann Feiertag.

— Ueber die Starre des Säugethiermuskels von E. Kügler.

— Ueber die Wirkung des destillirten Wassers und des Coffeins auf die Muskeln und über die Ursache der Muskelstarre von Isidor Klemptner.

— Ueber echte Sitophobie von A. Sperrlingk.

— Biostatik dreier Landkirchspiele Livlands in den Jahren 1834—1881 von Erich Oehrn.

— Beiträge zur Casuistik der Nephrectomie von Hans Bolz.

— Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der Cysticerken von Joh. Raum.

— Biostatik der Stadt Libau und ihrer Landgemeinde in den Jahren 1834—1882 von E. Kaspar.

— Erneute Untersuchungen über Zusammensetzung und Spaltungsproducte des Ericolins und über seine Verbreitung in der Familie der Ericaceen nebst einem Anhang über die Leditannsäure, die Gallutannsäure und das Pinipikrin von R. Thal.

— Ueber die Ligatur der Carotis von Julius Friedländer.

— Ein Beitrag zur Lehre von den Herznervenendigungen von Th. Openchowski.

— Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Ruhr von L. Besser.

— Untersuchungen über die Muskelzuckungen bei Erkrankungen des Nerven- und Muskel-Systems von M. Mendelssohn.

— Ueber das Schicksal des Coffeins und Theobromins im Thierkörper nebst Untersuchungen über den Nachweis des Morphins im Harn von R. Schneider.

— Forensisch-chemische Untersuchungen über das Colocynthin und Elaterin von Ernst Johannson.

— Ueber den Eiweissgehalt des frischen Fleischsaftes von Max Edelberg.

— Ueber Febris recurrens. Nach Beobachtungen in der Epidemie 1883—1884 im Allgemeinen Krankenhause in Riga von Albert Huff.

— Beiträge zum gerichtlich-chemischen Nachweise des Cinchonidin von P. Thielick.

— Ueber die Schicksale der farblosen Elemente im kreisenden Blute von Otto Groth.

— Die Verletzungen der Arteria mammaria interna von Fr. Voss.

— Beiträge zur Kenntniss der Chinidin- (Conchinin) Resorption nebst Berücksichtigung seines forensisch-chemischen Nachweises von Alex. Hartge.

— Beiträge zur Kenntniss der Alcaloide des Aconitum Lycoctonum. I. Lycaconitin v. G. Jacobowsky.

— Beiträge zur forensischen Chemie des Sanguinarins und Chelidonins von A. v. Kügelgen.

— Beiträge zur forensischen Chemie der wichtigeren Berberideenalcaloide von L. v. Hirschhausen.

— Ueber reine Hallucinationen im Gebiet des Gesichtssinnes im Dunkelzimmer der Augenkranken von St. Bielski.

— Ein Fall von «spastischer» amyotrophischer Bulbärparalyse, complicirt mit amyotrophischer Lateralsclerose von H. Blumenthal.

— Ueber die epileptogene Zone beim Menschen von O. v. Landesen.

— Ein Beitrag zur Kenntniss der Kinogerbsäure von Al. Bergholz.

— Chemische Untersuchungen der rothen Manaca von R. Lenardson.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. Februar 1884.

1. Dr. Bergmann berichtet über eine von ihm ausgeführte *Laryngotomie.* 4-jähriger blasser Knabe leidet seit August 1883 an zunehmender Heiserkeit mit intercurrenten Erstickungsanfällen. Ende December schwere Larynxstenose; laryngoskopisch: Anämie der Schleimhaut, subchordal die charakt. Wülste der Laryngitis hypoglottica hypertrophica. Tägliche Behandlung mit Tubage erzielt Besserung (anfangs engl. Katheter 9, später eine Katheter 15 entsprechende Schlundsonde). Am 13. Januar 1884 Athmung nach der Tubage erschwert, am 14. während der Behandlung selbst ein Anfall, beide mal vorübergehend. Am 15. Januar Tubage gut ver-

tragen. Beim Verlassen des Sprechzimmers heftige Dyspnoe, Versuch die Tube eiligst unter Leitung des Fingers einzuführen misslingt. Pat. cyanotisch, Puls nicht zu fühlen. Sofortige Tracheotomie giebt die Athmung wieder frei. Am 20. Januar 1884 führt Vortr. in Dr. Schwartz's Privatklinik die Laryngotomie aus

Nach Spaltung der Cart. cricoïd., thyreoïd. und der obersten Trachealringe werden die ca. 1 Ctm. hohen Wülste energisch mit dem Paquelin cauterisirt, die Aryschleimhaut geschont. Schluss der Wunde durch die Naht. Tamponade der Trachea war gut, kein Blut eingeflossen. Am 4. Februar c. konnte Pat. nach Entfernung der Canüle und Heilung der Operationswunde per granulationem aus der Klinik entlassen werden. Gegenwärtig an Stelle der Wülste weder Schwellung noch Narbenstrictur, der Schnittlinie entsprechend ein schmaler, bereits in Rückbildung begriffener Längswulst. Respiration gut, Aphonie noch vorhanden, auf deren Verschwinden Vortr. nach den Erfahrungen von Bruns hofft.

Dr. Hübner fragt, ob die Neubildung nicht excidirt werden konnte. Dr. Bergmann: bei einem 4-jährigen Knaben seien dazu die Raumverhältnisse zu eng. Dem anatom. Charakter nach war die Neubildung eine Bindegewebshypertrophie die keine polypöse Gestalt angenommen hatte, sondern zu cylindrischer Stenose führte.

Dr. Miram hat Gelegenheit gehabt zu beobachten, dass eine Laryngotomie eine schmale Leiste der Schleimhaut hinterliess und dabei der Pat. eine klare Stimme hatte. Daher sei auch hier die Prognose für die Aphonie günstig.

2. Dr. Heerwagen spricht über die Statistik der Flecktyphusepidemie von 1881/82 nach dem Material des allgemeinen Krankenhauses, das wie die Zählkarten der rig. statist. Commission pro 1883 erweisen, die grösste Zahl aller Typhusfälle in sich aufnahm. Vortr. hat dies Material in graphischen Tabellen übersichtlich geordnet. (cf. Jahresbericht der Rig. Sanitätscommission für 1882. Riga 1883.) Die Epidemie begann mit dem September 1881, wuchs langsam an bis Ende November, stieg plötzlich im December, um im Februar ihre Höhe zu erreichen und bis zum Juli gleichmässig abzufallen. Die Mortalität entsprach direct der Höhe der Epidemie. Es starben 11,8 % aller Aufgenommenen. Steigen und Fallen der Epidemie konnte mit den obwaltenden meteorolog. Verhältnissen in keinen Zusammenhang gebracht werden. Die als besonders günstig in sanitärer Beziehung geltende St. Petersburger-Vorstadt zeigte auffallender Weise eine höhere Morbidität und Mortalität als alle übrigen Stadttheile.

Dr. Bochmann: zum sanitären Vergleich einzelner Stadttheile müsste man kleinere, mehr homogene Bezirke wählen. Die zahlreich in der St. Petersburger Vorstadt belegenen sog. Einfahrten könnten als Brutstätten der Infection die sanitär ungünstigen Ziffern verschuldet haben.

Dr. Hampeln bezweifelt, dass die Zahlen des Krankenhauses einen richtigen Maassstab für die Beurtheilung der Epidemie abgeben. 1882 brachten die statistischen Ausweise eine grosse Mortalität für Typhus abd., während im Krankenhause die Zahl der Typhuskranken eine geringe war.

Dr. Heerwagen meint, auf die Mortalitätsstatistik Riga's bis 1882 incl. sei kein Gewicht zu legen, da sie nach den Erhebungen der Geistlichen zusammengestellt wurde. Mit Einführung der neuen Zählkarten sei ein ganz anderes Bild zu erwarten. Das höhere Mortalitätsprocent des St. Petersburger Stadttheils bleibe zunächst als eine sehr auffallende Thatsache bestehen.

3. Dr. Gaethgens referirt kurz über einen Fall von Placenta praevia centralis, bei welchem nach Beendigung der Geburt Dr. Miram wegen acuter Anämie auf des Ref. Wunsch eine Transfusion von NaCl.-lösung vorgenommen. Obgleich nach Infusion von 250 Grm. der 0,6 % Lösung der Puls sich hob, trat doch bei einer Gesammtinfusion von 700 Grm. der Tod ein. Vortr. glaubt die Lösung sei in der Eile vielleicht zu warm (ca. 48° C.) genommen worden, übrigens seien Misserfolge, wie die Literatur der Kochsalztransfusion beweise, nicht selten. Secretair Dr. Mercklin.

Vermischtes.

— In Peterhof ist am 7. August c. der Oberarzt des dortigen Militärhospitals Staatsrath Dr. Friedrich Stroschneider nach langer Krankheit gestorben.

— In Leipzig ist der berühmte Patholog Prof. Dr. Julius Cohnheim in Folge von Ruptur des Herzens im Alter von 45 Jahren gestorben. C. war in Demmin (Pommern) geboren, wurde im Jahre 1868 Professor der pathologischen Anatomie in Kiel, folgte aber im J. 1872 einem Rufe an die Breslauer Universität, wo er bis 1876 wirkte. Seit dieser Zeit bekleidete er die Professur der Pathologie und pathologischen Anatomie in Leipzig.

— Der Docent an der deutschen medicinischen Facultät der Prager Universität und Assistent Prof. Hering's, Dr. Biedermann ist zum ausserordentlichen Professor der Physiologie ernannt worden.

— Der Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik in Jena ist in den Ruhestand getreten und ist an seine Stelle Prof. Dr. Braun aus Heidelberg berufen worden.

— Im Auftrage der englischen Regierung begeben sich die DDr. Klein und Heneage Gibbes nach Indien, um eine wissenschaftliche Untersuchung der Natur der Cholera vorzunehmen.

— Sir James Paget, der berühmte englische Chirurg, hielt jüngst auf der Hygiene-Ausstellung in Süd-Kensington einen Vortrag über das *Verhältniss der Gesundheit zur nationalen Arbeitskraft*, in welchem er nachwies, dass der Nation durch Krankheiten alljährlich die Arbeitskraft von 20,000,000 Wochen verloren gehe. Die Krankheiten, denen die Arbeiter in den verschiedenen Gewerbszweigen unterliegen, wurden bei der vorangegangenen Gesundheits-Conferenz durch Dr. Bristowe bereits näher präcisirt So z. B. erzeugt die Phosphorstreichhölzchen-Fabrication den Kinnbackenkrampf; Lumpenhändler unterliegen den Pocken und ähnlichen ansteckenden Krankheiten; Wollsortirer leiden an Anthrax; Bleiarbeiter neigen sich in Folge der chronischen Bleivergiftung dem Gichtleiden zu. Nimmt man nun die Zahl der in verschiedenen Berufs- und Erwerbszweigen in England beschäftigten Personen auf rund 20,000,000 an, so würde nach Sir James Paget auf jede beschäftigte Person durchschnittlich eine Woche Krankheit im Jahre kommen. (A. m. C.-Ztg.)

— Die 57. *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* findet in diesem Jahre vom 18. — 23. September n. St. in Magdeburg statt. In dem uns zugegangenen Einladungsschreiben nebst Programm theilen die Geschäftsführer dieser Versammlung, Oberstabsarzt Dr. Gähde und Professor Dr. Hochheim, mit, dass sie die Zahl der Versammlungstage wieder um einen haben vermehren müssen, weil sie sich nicht berechtigt hielten, von dem statutenmässigen Beginne der Versammlung am 18. September abzusehen, weil ferner zwei allgemeine und drei Sections-Sitzungstage zur Erledigung der Arbeiten ihnen unerlässlich schienen und weil endlich der dazwischen liegende Sonntag, namentlich wegen der dortigen Messe, zu den eigentlichen Arbeiten der Versammlung nicht nutzbar ist. Es wird in dem Einladungsschreiben besonders hervorgehoben, dass zur Theilnahme an den Versammlungen nicht nur Gelehrte und Freunde der Naturwissenschaften «soweit die deutsche Zunge klingt» freundlichst eingeladen werden, sondern auch Nichtdeutsche herzlichst willkommen sind. Die Geschäftsführer hoffen, dass neben den wissenschaftlichen Ergebnissen auch die geselligen Zusammenkünfte — zu deren Ermöglichung in erster Reihe die städtischen Behörden Magdeburgs in liberalster Weise beigetragen haben — den Aufenthalt in den Mauern Magdeburgs befriedigend und angenehm zu gestalten im Stande sein werden.

Die allgemeinen Sitzungen werden im «Hofjäger» abgehalten werden. Der Zutritt ist nur gegen Vorzeigung der Mitglieder- oder Theilnehmer-Karte gestattet. Nur die Mitglieder haben das Recht, in den allgemeinen Sitzungen Vorträge zu halten, welche in der Regel nicht länger als 30 Minuten dauern sollen. Nach den Statuten der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte wird als Mitglied jeder Schriftsteller im naturwissenschaftlichen und ärztlichen Fache betrachtet. Wer nur eine Inaugural-Dissertation verfasst hat, kann nicht als Schriftsteller angesehen werden. Diejenigen Mitglieder und Theilnehmer, welche in den allgemeinen Sitzungen an der Debatte sich betheiligen wollen, werden ersucht, dem Vorsitzenden ihren Namen schriftlich zur Kenntniss zu geben. Die Verabfolgung der Mitglieder- und Theilnehmer-Karten, sowie der Nachweis von Wohnungen und die Ausgabe der Festabzeichen findet in den reservirten Zimmern des Bahnhofs vom 17. September Morgens 8 Uhr ab, statt. Vorherbestellungen von Wohnungen werden vom 1. August ab gegen Einsendung von 12 Mark für die Mitglieder- resp. Theilnehmer-Karte von den «Herren Ziegler und Koch» entgegengenommen. Sonstige Anfragen sind unter der Adresse «Naturforscher-Versammlung» nach Magdeburg zu richten, Anmeldungen zu Vorträgen an die oben genannten Geschäftsführer.

Wir bringen zum Schluss das *Programm* und *die für die allgemeinen Sitzungen angemeldeten Vorträge*.

Mittwoch, d. 17. September, Abends 8 Uhr: Begrüssung im «Fürstenhof».

Donnerstag, d. 18. Sept., Vormittags 9 Uhr: Allgemeine Sitzung im «Hofjäger». — Einführung der Sectionen in die Sitzungslocale. — Nachmittags: «Herrenkrugfest».

Freitag, d. 19. Sept.: Sectionssitzungen. — Diner im «Hofjäger». Festvorstellung im Stadttheater.

Sonnabend, d. 20. Sept.: Sectionssitzungen. — Fahrt nach Halle, Stassfurt, Gommern. — Velocipedenfest (projectirt).

Sonntag, d. 21. Sept.: Fahrt nach dem Harz.

Montag, d. 22. Sept.: Sectionssitzungen. — Abends: Commers.

Dienstag, d. 23. Sept.: Zweite allgemeine Sitzung. — Schluss. —

Für die allgemeinen Sitzungen sind folgende Vorträge in Aussicht genommen: 1) Prof. Dr. Brauns (Halle): «Die Insel Yeso und ihre Bewohner». 2) Geh. Oberbergrath Huyssen (Halle): «Die Tiefbohrungen im norddeutschen Flachlande». 3) Prof. Dr. Kirchhoff (Halle): Der Darwinismus in der Völkerentwickelung». 4) Geh. Hofrath Gerh. Rohlfs (Weimar): «Die Bedeutung Afrikas in Beziehung zu Deutschland». 5) Regierungs- und Geh. Medicinalrath Dr. Schwartz (Köln): «Die Stellung der Hygiene zur allgemeinen praktischen Heilkunde». 6) Geh. Regierungsrath Dr. Robert Koch (Berlin), falls nicht durch Amtsgeschäfte verhindert. Thema vorbehalten.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 10 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in **den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 33. St. Petersburg, 18. (30.) August 1884.

Mittheilungen aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium.

I. Chemische und bacteriologische Untersuchungen betreffend die Wasserversorgung St. Petersburgs, nebst einem Beitrag zur Biologie der Mikroorganismen.

Von

Dr. chem. A. Poehl,

Mitglied des Medicinalraths des Ministeriums des Innern, Docent der Kaiserl. M.-Medicinischen Academie.

(Schluss).

Die ungünstigen hygienischen Verhältnisse St. Petersburgs sind entschieden weit mehr in der Verunreinigung des Bodens zu suchen. Die Anzahl der entwickelungsfähigen Mikroorganismen in unserem Boden ist, wie ich mich in einigen wenigen Fällen überzeugt, eine erschreckend grosse und ich beabsichtige eingehende Untersuchungen nach dem im Gesundheitsamt angewandten Verfahren in dieser Richtung noch anzustellen. Es genügt übrigens schon die Verunreinigung unserer Canäle zu beobachten, wohin stellenweise solches Abflusswasser kommt, welches dem Inhalt von Latrinen fast gleichzustellen ist. Der Moika-Canal, der verunreinigtes Newawasser führt, hat z. B. bei relativ grosser Wassermasse einen Gehalt von 109,200 entwickelungsfähigen Mikroorganismen in 1 Ccm. aufzuweisen. Im Verhältniss zum Mikroorganismengehalt des Newawassers ist obenerwähnte Menge im Canalwasser sehr bedeutend und kann am besten zur Characteristik der Verunreinigung dienen. Der Boden Petersburgs bietet Dank seiner physischen Beschaffenheit sehr ungünstige hygienische Bedingungen dar, daher ist die Verunreinigung des Bodens unter den obwaltenden Verhältnissen so eminent. Wir leben gleichsam über einer offenen Cloake und vom Standpunct der Hygiene ist der Nachtheil, der uns aus der Verunreinigung des Bodens erwächst bei Weitem grösser, als der hypothetische Schaden, den das Newawasser bedingt. Damit will ich durchaus nicht gesagt haben, dass wir ein gesundes Trinkwasser haben, denn meine Untersuchungen weisen zur Evidenz nach in wieweit das Leitungswasser verunreinigt ist, doch ist diesem Umstand leichter abzuhelfen, als der consequenten Verunreinigung des Bodens. Im Gegensatz zu anderen Städten haben wir einen relativ reinen Fluss während unser Trinkwasser bedenklich verunreinigt ist. Das Spreewasser enthält in Berlin in der Nähe von Charlottenburg bis zu 10 Millionen Keime im Ccm., während das Leitungswasser nur 160—250 aufzuweisen hat. Das Newawasser enthält ca. 300 Keime — während das Leitungswasser 70,000 im Ccm. (unter ungünstigen Verhältnissen) aufweist. Das Wasserleitungswasser ist übrigens in Petersburg nicht gleichartig. Es ist ein wesentlicher Unterschied in hygienischer Hinsicht zwischen dem Wasser der grossen alten städtischen Leitung und der sog. neuen Leitung auf Wassili-Ostrow, der Petersburger und Wyborger Seite.

Zeit der Probeentnahme.	Ort der Probeentnahme von Wasserleitungswasser.	Anzahl der entwickelungsfäh. Mikroorganismen in 1 Ccm. Was.
1883.		
26. Sept.	Neue Leitung, Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 18.	1430
1. Octobr.	» Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 18.	364
24. Octbr.	Alte Leitung, Haus Olivier bei der Steinernen Brücke	71630
10. Nov.	Alte Leitung, Kleine Stallhofstrasse, H. № 8.	34710
12. Nox.	» Kleine Stallhofstrasse, H. № 8.	32240
—	» Theaterplatz, Haus König . .	6956
—	» Haus Olivier bei der Steinernen Brücke	49552
16. Nov.	Alte Leitung, Theaterplatz, Haus König . .	11492
—	» Haus Olivier bei der Steinernen Brücke	24024
—	Neue Leitung, Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 2.	3120
—	» Wass.-Ostr., 7. L. Haus № 36.	2730
—	» Wass.-Ostr., 7. L. H. Junker.	832
26. Nov.	Alte Leitung, Haus Murisi, Liteinij-Prosp. .	6292
—	» Ecke der Liteinaja und Spasskaja aus dem Feuerlöschkrahn	6028

Wie ersichtlich ist die Differenz im Gehalt an entwickelungsfähigen Mikroorganismen in den beiden Leitungen eine wesentliche. Das Maximum im Wasser der neuen Leitung (Wassili-Ostrow) sind 3700 Keime, das Minimum fällt fast mit dem Gehalt an Mikroorganismen des freien Newawassers zusammen d. h. = 360. Die alte städtische Leitung dagegen weist ein Maximum von 71,630 auf und das Mi-

nimum ist stets wesentlich höher als der Gehalt des freien Wassers. Dieser Unterschied erscheint auf den ersten Blick befremdend; doch zur Erklärung desselben braucht man noch nicht zu solchen Hypothesen seine Zuflucht zu nehmen, wie solches (den 24. Nov. 1883) in der Sitzung der Stadtverwaltung ausgesprochen und auf Treu und Glauben hingenommen worden, nämlich dass das Bodenwasser in die Leitungsröhren eindringe. Da das Leitungswasser innerhalb der Röhren stets unter einem Druck von wenigstens 3 Atmosphären steht, so kann natürlich selbst in eine beschädigte Röhre unter diesen Umständen das Bodenwasser nicht hinein.

Um die Ursache in der verschiedenen Beschaffenheit des Wassers der alten und neuen Leitung in Hinsicht auf den Gehalt an entwickelungsfähigen Mikroorganismen zu ermitteln, stellte ich die mannigfaltigsten Nachforschungen an. Es erwies sich, dass die Beschaffenheit der Röhren die Verbindung derselben etc. in beiden Leitungen gleich ist. Das Wasser, welches die Leitungen der Newa entnehmen, ist von fast gleicher Beschaffenheit, ja das Wasser, welches von der neuen Leitung auf Wassili-Ostrow genommen wird, ist sogar unreiner. Folglich findet die Vermehrung der Mikroorganismen innerhalb der Leitung statt. Ich fand, dass in Häusern, in welchen besondere von der Leitung gespeiste Wasserbassins vorhanden waren, selbst in dem Fall wenn solche reinlich gehalten wurden, die Anzahl der Mikroorganismen stets grösser war, als im Wasser welches direct der Leitung entnommen wurde. Doch auch hierbei ist die Differenz der Leitung zu beobachten, da das Wasser der Häuserbassins auf Wassili-Ostrow doch wesentlich weniger enthält, als ein entsprechendes Wasser der alten Leitung. Ein wesentlicher Unterschied in den Leitungen besteht in dem Modus der Wasserversorgung des Röhrennetzes. In der alten Leitung findet eine Magazinirung des Wassers statt und die Röhren werden von einem grossen Reservoir des Wasserthurmes aus gespeist; während in der Neuen Leitung das Wasser ohne Magazinirung direct in die Röhren gepumpt wird. Hierin liegt meiner Meinung nach auch die Ursache, welche den Unterschied in der Menge der Mikroorganismen im Wasser bedingt. In den zu vergleichenden Leitungen sind die Bewegungs- und Druckerscheinungen im Wasser verschieden; davon habe ich mich durch Versuche überzeugt. Manometer, die mit den Magistralröhren in Verbindung gebracht wurden, zeigten zwar in beiden Leitungen durchschnittlich annähernd denselben Druck, ca. 3 Atmosphären, doch bestand der Unterschied in Folgendem: In der alten Leitung werden Druckveränderungen wesentlich nur durch den Wasserverbrauch bedingt, so dass z. B. in der Nacht Druckschwankungen kaum erfolgen.

In der neuen Leitung dagegen selbst an einer von dem Pumpwerk entlegenen Stelle (Wass.-Ostr. 5 Linie) weist der Manometer regelmässig gleichmässige Druckschwankungen auf, entsprechend jeder Kolbenbewegung des Pumpwerkes. Es ergab sich, dass ca. 20 Pumpbewegungen in der Minute ungefähr 40 Schwankungen des Manometers hervorriefen. Ausser diesen rythmischen Stössen sind am Manometer noch Druckverminderungen zu beobachten, welche durch den Wasserconsum bedingt werden.

Um mich zu überzeugen ob meine Voraussetzung, dass die Bewegung einen Einfluss auf den Gehalt des Wassers an entwickelungsfähigen Mikroorganismen hat, experimentell eine Bestätigung erlangt, stellte ich nachstehende Versuche an: Ich unterwarf Proben ein und desselben Wassers der Einwirkung verschiedener Bewegungen; es wurde nämlich eine Probe Wasser in einer Flasche im Verlaufe einer Stunde kräftig geschüttelt und eine andere Probe wurde auf 1 Stunde in eine Centrifuge gelegt. Es ergab sich hierbei, dass im Wasser, welches ursprünglich 4147 entwickelungsfähige Keime im Ccm. enthielt, die Probe nach dem Schütteln nur 728, und diejenigen aus der Centrifuge nur noch 533 entwickelungsfähige Keime aufwies. Ein anderer Versuch, den ich mit einem Wasser von höherem Gehalt an Mikroorganismen nämlich 25558 im Ccm. anstellte, ergab, dass nach 1-stündiger Bewegung in der Centrifuge nur 3692 Keime die Entwickelungsfähigkeit beibehalten hatten. Ferner unterwarf ich einer ähnlichen Beobachtung einen ziemlich frischen Harn; in demselben fand ich 9118 entwickelungsfähige Mikroorganismen, nach 1-stündiger Bewegung in der Centrifuge behielten nur 104 Mikroosganismen die Entwickelungsfähigkeit bei. Es frägt sich hierbei ob die Vernichtung der Lebensfähigkeit der Mikroorganismen bedingt wird durch die Massen- oder Molecularbewegung. Die Arbeiten auf ähnlichem Gebiete von Chorvat, Reincke und Tumas geben darüber keine genügende Aufklärung. Meiner Meinung nach müssen wir der Molecularbewegung diese Einwirkung auf das Leben der Mikroorganismen zuschreiben, umsomehr da die Massenbewegung leicht in moleculare übergehen kann. Meine Versuche, in denen ich statt der Bewegung den unterbrochenen galvanischen Strom in Anwendung gebracht, also directe moleculare Bewegung, haben ähnliche Verringerung der entwickelungsfähigen Mikroorganismen hervorgerufen, doch müssen bei solchen Beobachtungen die Intensität und die Quantität des Stromes in Betracht gezogen werden, um zu richtigen Schlussfolgerungen zu gelangen.

Ueber den Einfluss der Bewegung des Wassers auf die Keime konnte ich mich auch an einigen Wasserleitungsproben überzeugen. Die Differenz im Gehalt an Mikroorganismen im Wasser war wesentlich geringer an solchen Stellen, wo ein Circuliren desselben in den Röhren stattfand, als dort, wo ein Circuliren ausgeschlossen war. Zu diesem Zwecke dienen am besten die Proben von der Wyborger Seite. Das Wasser wird dort, wie auf Wassili-Ostrow, direct in die Röhren gepumpt und hat nur in den zur Medicinischen Academie zugehörigen Quartalen die erforderliche Circulation, während an der Academie vorbei längs der grossen Samssoniewskaja ein langer Ausläufer des Leitungsrohres das Wasser nur nach einer Richtung führt. Dort am Ende des Leitungsrohres entnahm ich eine Probe (zur Zeit des Eisganges) und fand 23,712 Keime im Ccm., während denselben Tag das Wasser in der Med. Academie, aus der Klinik von Prof. Manassein 9538 Keime enthielt.

Die Tödtung niederer Organismen durch Bewegung habe ich auch früher Gelegenheit gehabt zu beobachten. Vorigen Sommer erhielt ich zur Untersuchung einige Kumysproben aus Dubrowno zugesandt und es erwies sich, dass die Gährung während der Eisenbahnbeförderung nicht nur gestört, sondern für immer unterbrochen war. (Wratsch 1883. pag. 510.) Dieses Factum steht auch in Einklang mit den Versuchen von Hoppe-Seyler. Der Unterschied in der Entwickelung von Mikroorganismen in stehenden und in fliessenden Gewässern ist zur Genüge bekannt und wenn hierbei ausser der Bewegung auch noch andere Umstände von Bedeutung sind, so spricht dieses Factum doch entschieden zu Gunsten der obenerwähnten Annahme. Die sogenannte Selbstreinigung der Flüsse jedoch ist der schlagendste Beweis für meine Hypothese. In der neuesten Literatur ist bereits mehrfach mit Verwunderung die Frage ausgesprochen, warum die Milzbrandsporen durch die austretenden Flüsse nicht von den Feldern heruntergespült werden. Wie bekannt ist das Suchen nach pathogenen Keimen im fliessenden Wasser vergeblich gewesen. Meiner Meinung nach gelangen die Sporen gewiss ins Wasser, werden aber durch die Bewegung getödtet.

Die bacteriologischen Untersuchungen des Wassers beabsichtige ich fortzusetzen und werde nächstens die Resultate der in Angriff genommenen bacteriologischen Untersuchungen der Luft bringen. Zum Schluss halte ich es noch für nöthig die Aufmerksamkeit auf den unter Umständen bedeutenden Gehalt an Mikroorganismen im Schnee und Eis zu lenken. Auf diese Untersuchungen wurde ich durch die interessanten Arbeiten von Pumpley, Hill und Stoben (The Sanitarian of New-York t. X) hingeleitet. Der Gehalt an Mikroorganismen im Schnee und Eis würde uns an und

für sich wenig wundern, doch das Bemerkenswerthe besteht darin, dass die Mikroorganismen ihre Entwickelungsfähigkeit durch die Einwirkung der niederen Temperatur nicht verloren haben, wie mich die Culturen derselben in Nährgelatine überzeugten. Es erwies sich ferner, dass die meisten der entwickelungsfähigen Keime im Schnee und Eis die Gelatine verflüssigen. Aus diesem Umstand lässt sich mit einiger Berechtigung der Schluss ziehen, dass die Mikroorganismen, welche die Gelatine nicht verflüssigen in der Kälte leichter zu Grunde gehen, als die anderen.

Das Eis enthält je nach seinem Ursprung verschiedene Mengen von entwickelungsfähigen Mikroorganismen, das reine Newaeis enthält annähernd 110 Keime im 1 Ccm. des Eiswassers. In einer Eisprobe, die unrein war und in Folge dessen leichte bräunliche Färbung aufwies, fand ich 20,774 Mikroorganismen in 1 Ccm.

Bezüglich des Schnees erwies es sich, dass bei Beginn eines Schneefalles der Schnee mehr Keime enthielt, als nach einiger Dauer des Falles, was wahrscheinlich durch ein mechanisches Mitreissen der Mikroorganismen aus der Luft bedingt wird. So fand ich z. B. am 21. Januar zu Beginn des Schneefalles 312 — und nach 3 Stunden nur 52 Keime in 1 Ccm. des Schneewassers. Gewöhnlich ist der Gehalt an Mikroorganismen im Schnee bei uns in Petersburg grösser, den 21. Januar war ein heftiges Schneegestöber, welcher Umstand vielleicht die Anzahl der entwickelungsfähigen Keime herabsetzte. Den 7. Januar fand ich im frischen Schnee bei Beginn des Schneefalles 8324 Keime und den 12. Januar einige Stunden nach Beginn des Falles — 3380. Auf der Oberfläche von Schnee, der einige Zeit an der Luft gelegen, vermehrt sich die Anzahl der Keime. So z. B. enthielt eine reine Probe von Schnee, entnommen der Oberfläche eines grösseren, äusseren Verunreinigungen nicht ausgesetzten Lagers desselben, 780 Mikroorganismen; 3 Tage darauf wurden in einer Probe vom gleichen Ort entnommen 962 gefunden; es haben während dieser 3 Tage weder Thauwetter noch neue Schneefälle stattgefunden. Ob dieser Umstand einer Anhäufung an Mikroorganismen durch theilweise Verdunstung des Schnees, oder in Folge der Fixirung der in der Luft enthaltenen Keime durch den Schnee erfolgt, lässt sich einstweilen nicht näher bestimmen.

Einige Worte zur Aetiologie der croupösen Pneumonie.

Von

Dr. Ed. Bary.

Es gab eine Zeit, und die ist gar nicht lange her, wo die Pneumonie zu den Erkältungskrankheiten κατ' ἐξοχήν gezählt wurden. Seit der Klärung der Infectionslehre, seitdem die Wissenschaft grosse Fortschritte in der Auffindung und Cultur der Infectionskeime gemacht hat, ist die «*Erkältung*» als krankmachendes Moment mehr und mehr unberücksichtigt gelassen. Die Erkältungstheorie wird von der Infectionstheorie, weil diese mehr festen Boden hat als jene und an Umfang sich stets erweitert, verdrängt. Während die Infectionstheorie mit fast palpablen Thatsachen, mit controlirbaren Beweisen ihre Behauptungen aufrecht erhält, verliert die Erkältungstheorie mehr und mehr an Anhaltspuncten. Von «*Erkältung*» haben wir ja eigentlich keine klare Vorstellung, so alt und allgemein der Begriff auch ist. Wir wissen ja bis jetzt nicht was «*Erkältung*» ist, welchen physikalisch-chemischen Process die Kälte im Organismus erzeugt, um jene Störung hervorzurufen, die wir «Krankheit» nennen. Kälte allein, Feuchtigkeit allein, oder beide zusammen, sind ja nicht *absolut* schädliche Momente, wir benutzen sie doch in verschiedenen Formen (raschwirkend, dauerndwirkend u. s. w.) als Heilmittel und häufig mit berechenbarem gutem Erfolge. Und doch ist die Erkältungstheorie so populär, so geläufig, dass man höchstens nach Ort und Zeit sich erkundigt, wo und wann die «Erkältung» stattgefunden hat. «Erkältung» war bis ungefähr vor 10 Jahren eine hinreichende Ursache, um die Entstehung einer Pneumonie zu erklären, obgleich man doch schon früher eingesehen haben musste, dass durch ihr Initialstadium (Frost), durch ihren fast immer cyklischen Verlauf, wie durch ihr völliges Verschwinden, die Pneumonie mehr Aehnlichkeit mit einer Infectionskrankheit hat, als mit einer der sogenannten «Erkältungskrankheiten». Die Entdeckung der Pneumokokken von Friedländer in Berlin, seine Cultur- und Impfversuche, sowie die Entdeckung von Emmerich in München nöthigen jetzt die *Pneumonie* als *Infectionskrankheit* anzuerkennen.

Grade jetzt, wo einer der grössten Kenner der Pneumonie, Prof. Jürgensen, in Berlin auf dem Congress für innere Medicin, klar und beweisend den Character einer *Infectionskrankheit* für die Pneumonie entwickelt hat, erscheint in der Berliner klinischen Wochenschrift (№№ 18 und 19) eine fleissige Abhandlung von Dr. Seibert in New-York, der die Erkältungstheorie für die Pneumonie wieder aufrecht zu erhalten sich Mühe giebt. Dr. Seibert benutzt meteorologische Forschungen, die in seiner Heimath, wie solche, die in Europa gemacht sind, um seine Ansichten zu stützen, dass nämlich die Pneumonie durch *feuchte Kälte* (nicht wie man früher glaubte durch *trockene Kälte*) hervorgerufen wird. Dass Kälte, feuchte oder trockene, durch plötzliche oder langanhaltende Einwirkung im Organismus, wenn derselbe nicht rasch genug oder nicht kräftig genug durch eine Reaction sich schützen kann, einen dynamisch-chemischen Eingriff in die physiologischen Vorgänge bewirken kann — ist leicht denkbar. Aber uns fehlt doch immer der klare Begriff, wie die Kälte im gegebenen Falle gewirkt hat; wir können mit ihrem Effecte nicht weiter experimentiren, wir können den Effect nicht controliren. Auch können wir uns nicht erklären, warum die «Erkältung» das eine Mal einen Schnupfen, einen rheumatischen Schmerz, einen Darmcatarrh und dgl. hervorruft, ein anderes Mal eine Pneumonie. Bei der Pneumonie sehen wir immer eine allgemeine Erkrankung mit localen Erscheinungen, gerade so wie beim Typhus, beim Erysipel und anderen Infectionskrankheiten.

Ausser durch die Mikroskopie und Impfversuche lässt sich auch durch die Statistik der Beweis erbringen, dass die Pneumonie ein Infectionskrankheit ist.

In meiner kleinen Arbeit über die croupöse Pneumonie im Marien-Magdalenen-Hospital zu St. Petersburg für die Zeit von 1851—1881 [1]) habe ich solche Befunde zusammengestellt, wie sie jetzt für die eben ausgesprochene Ansicht zu Gunsten der Infectionslehre, benutzt werden können. Aus den über 3000 Krankengeschichten, die mir als Material vorlagen, und aus den officiellen Berichten (für 10 Jahre über 8295 Fälle) die in den anderen hiesigen Spitälern (Obuchow, Alexander und Peter-Paul) behandelt worden sind, die mir zur Verfügung standen, kam ich bald zu der Einsicht, dass die croupöse Pneumonie in St. Petersburg im Verlaufe von 30 Jahren (resp 10 Jahren) *in den einzelnen Jahrgängen*, die gewiss, was Witterungserscheinungen betrifft, Kälte, Hitze, feuchte, trockene Luft, windiges Wetter — höchst verschieden und schwankend waren, *fast in gleicher Anzahl vorgekommen* sind. In den 30 Jahren waren im M. M. H. 3272 Pneumonien behandelt worden, also durchschnittlich jährlich 109. Sehen wir die beigelegte Tabelle № 1 an, so finden wir eine Curve, die nur wenig wellenförmig ist; nur wenige Jahrgänge sind um ein Geringes unterhalb der Durchschnittslinie, nicht viele (mit Ausnahme des Jahres 1875) oberhalb derselben. Dies im Marien-Magdalenen-Hospital, ebenso in den anderen hier erwähnten Hospitälern; auch die Wiener Spitäler zeigen nach Biach [2]) ein gleiches Verhältniss. Petersburg und Wien bieten fast parallele Curven, während die klimatischen Bedingungen in diesen beiden Residenzstädten doch sehr

---

[1]) Vierteljahrschr. für ger. Med. N. F. XXXIX I.

[2]) Medicinische Jahrbücher. Wien 1879.

Tabelle № 1. Jährliche Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hospital in St. Petersburg.

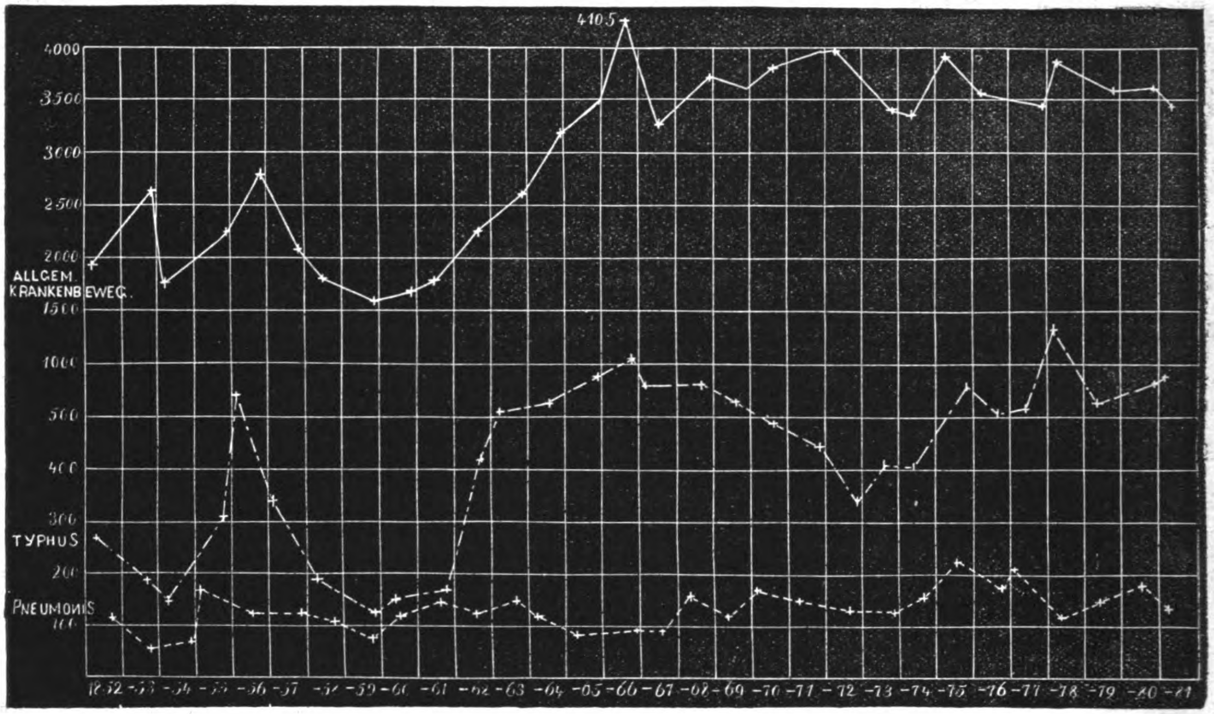
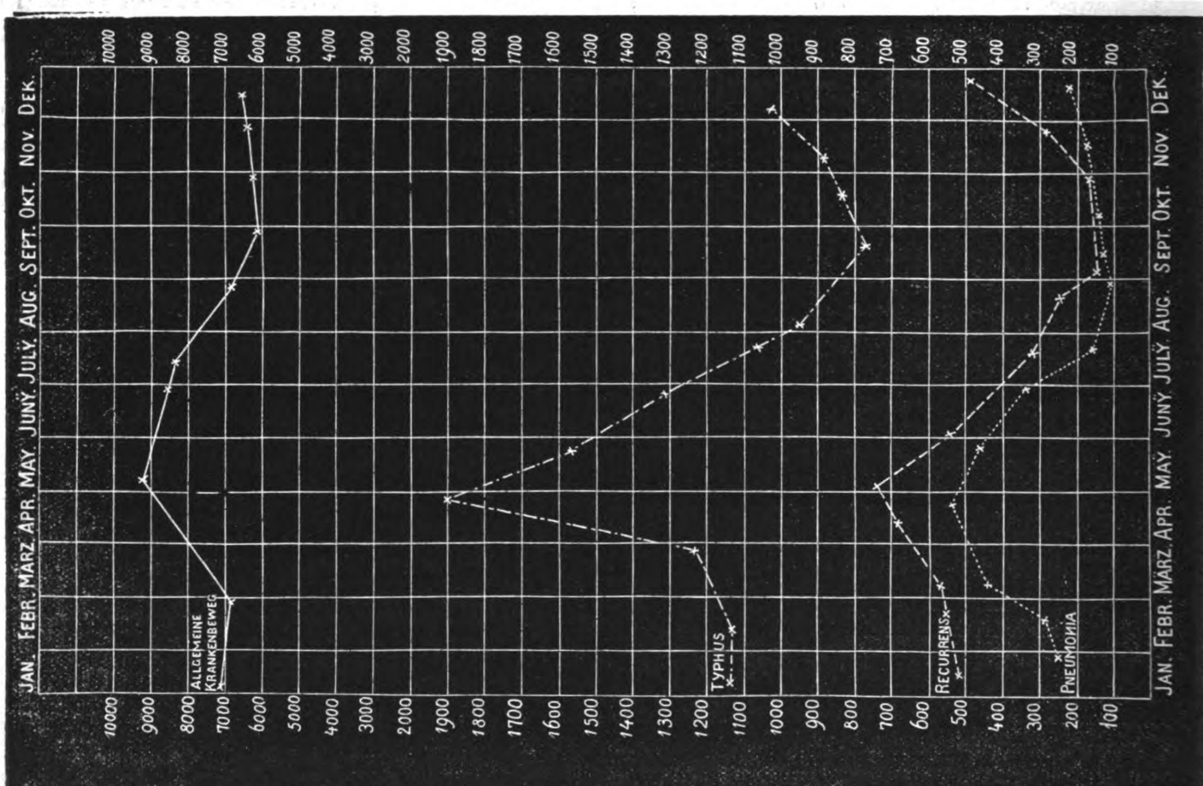


Tabelle № 2. Monatliche Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hospital in St. Petersburg.



differiren. *Dreissig* Jahre ist doch eine zu lange Zeit, um noch Witterungs-Zufälligkeiten gelten zu lassen. Ausserdem sind ja die Beobachtungen an einem und demselben Orte gemacht und die Objecte der Beobachtung, die Kranken, standen unter fast gleichen socialen Lebensverhältnissen; es waren meist Handwerker, Fabrikarbeiter, Tagelöhner und dgl., Momente die für die Statistik von grosser Bedeutung sind.

Noch deutlicher unterstützt unsere Ansicht die Tabelle № 2, wo das monatliche Auftreten der Pneumonie graphisch verzeichnet ist, neben den Curven von der allgemeinen Krankenbewegung, vom Typhus, von Recurrens. Wir finden

hier fast parallel laufende Linien. Auf den ersten Anblick wird es klar, dass nur dann mehr Pneumonien vorkommen, wenn überhaupt die Krankenzahl wächst, wenn mehr Typhus, wenn mehr Recurrens vorkommt. In meiner hier angeführten kleinen Arbeit konnte ich die Ansicht aussprechen: die «croupöse Pneumonie herrscht das ganze Jahr hindurch und die Anzahl der Fälle *steigt* und *fällt*, wenn überhaupt die Krankenzahl steigt und fällt». Solchen Thatsachen gegenüber können Behauptungen, wie sie uns Dr. Seibert bringt, nicht stichhaltig bleiben.

Auf die mögliche Einwendung hin, dass selbst nach meinem Befunde die Monate Februar, März, April und Mai, also wo Kälte und windiges Wetter vorherrschte, das procentische Verhältniss der Pneumonie zu den übrigen Krankheiten ein etwas grösseres ist, als in den übrigen Monaten, so lässt sich auch dafür ein anderer Erklärungsgrund auffinden, als Kälte und Wind. Man muss berücksichtigen, dass in den aufgezählten kalten und windigen Monaten die Menschen sich zu viel in unventilirten und übervölkerten, geschlossenen Räumen aufhalten und gewiss, aus Mangel an Erwerb und wegen der Fastenzeit, sich schlechter nähren. Dass Menschen, die in geschlossenen Räumen leben und arbeiten (in Gefängnissen, Fabriken, Kasernen, Klöstern und dgl.) häufiger an Pneumonie erkranken als solche, die mehr in freier Luft sich aufhalten (Matrosen, Fischer, Jäger und dgl.) ist eine bekannte Thatsache. Auf dem letzten medicinischen Congress in Berlin hat Prof. Jürgensen darauf besonders aufmerksam gemacht, dass schlecht genährte Menschen häufiger an Pneumonie erkranken als gut genährte.

Die Pflichten und Rechte der Aerzte.

Ethische, von der Warschauer medicinischen Gesellschaft angenommene Regeln.

In № 28 der in St. Petersburg erscheinenden russischen medicinischen Zeitschrift «Wratsch» sind diese Regeln abgedruckt. Wenn wir dieselben in der Wochenschrift wiedergeben, so geschieht es wegen der Wichtigkeit und Bedeutung der Frage von dem Verhältnisse der Aerzte zum Publicum und zu einander, welches noch so manchem Arzte und einem grossen Theile der Gesellschaft nicht recht klar geworden ist und zu manchem bedenklichen Conflicte, ja selbst zu richterlichem Urtheile Veranlassung gegeben hat. Es ist ein erfreuliches Zeichen, dass vor einigen Jahren in dem Lande der ungezügeltsten Freiheit, den Vereinigten Staaten Nord-Amerika's, ein «Code of ethics» aufgestellt worden ist, welchen die meisten medicinischen Gesellschaften angenommen haben. In Deutschland ist meines Wissens ein solcher in Vorbereitung. Die in Warschau gelungene Erfüllung des allgemein gehegten Wunsches nach Einheit, Einigkeit und Anstand im ärztlichen Handeln kann von der ganzen Gesellschaft nur auf's Wärmste begrüsst werden; möge recht bald die Zeit kommen, da alle Aerzte unseres weiten Vaterlandes *einen* ethischen Codex anerkennen, — vorläufig gilt leider noch der Satz: «quot capita, tot mentes!»

Der Warschauer Codex hat ziemlich viele Mängel, manches in ihm ist überflüssig, manches nicht scharf genug präcisirt, manches ungenügend verarbeitet, doch seien wir zufrieden, dass wenigstens ein guter Anfang gemacht worden ist.

I. Das Verhältniss der Aerzte zum Publicum.

A. Verpflichtungen der Aerzte den Kranken gegenüber.

1) Der Arzt darf ohne hinreichenden Grund eine Hülfeleistung Niemand verweigern; die Motivirung einer Verweigerung aber bleibt dem Gewissen des betreffenden Arztes anheimgestellt.

2) Der Arzt soll streng die Geheimnisse seiner Kranken hüten und sie nur dann preisgeben, wenn die öffentliche Gewalt oder das allgemeine Wohl es fordern.

3) Der Arzt soll den ihm sich anvertrauenden Kranken so oft besuchen, als er es für nöthig hält; doch soll er allzu häufige, durch die Schwere des Falles nicht motivirte Besuche vermeiden, es sei denn, dass die Angehörigen des Kranken (oder dieser selbst) es verlangen.

4) Mittheilungen über den Ernst der Erkrankung, die Vorhersage, die Wirkung der verordneten Mittel und die dadurch zu erzielenden Erfolge müssen der Ueberzeugung des Arztes entsprechend gemacht werden.

5) In zweifelhaften und gefahrdrohenden Fällen muss der behandelnde Arzt selbst eine Consultation vorschlagen; wird ihm eine solche von Seiten des Kranken proponirt, so soll er sie annehmen, dabei aber nicht durch überflüssige Rathschläge den Patienten beunruhigen und in Unkosten versetzen.

6) Erfordert ein Fall die Mithülfe eines Specialisten, so soll der behandelnde Arzt dem Kranken die Nothwendigkeit einer solchen klar machen und ihm rathen, sich an die betreffende Persönlichkeit zu wenden.

7) Bei dringender Lebensgefahr soll der Arzt den Kranken möglichst schonen, seine Umgebung aber vom Ernste der Lage in Kenntniss setzen.

8) Der Arzt soll selbst in unheilbaren Fällen den Kranken nicht verlassen; kann er ihn auch nicht heilen, so kann er ihm doch Erleichterung verschaffen und ihn moralisch unterstützen.

9) Der Arzt soll den durch den Verkehr mit dem Kranken erworbenen moralischen Einfluss nicht missbrauchen.

10) Verreist der Arzt, so soll er die ihm anvertrauten Kranken nicht ohne Hülfe lassen, er muss ihnen seine Abreise mittheilen und ihnen die Erlangung eines Stellvertreters erleichtern.

B. Gerechte Anforderungen der Aerzte an das Publicum.

11) Der Arzt kann von seinen Kranken eine genaue Erfüllung seiner zu ihrem Wohle gemachten Verordnungen verlangen.

12) Die Aerzte können im Interesse der Kranken von ihnen verlangen, dass sie sich an wissenschaftlich gebildete und gut geschulte Aerzte wenden. (?)

13) Die Aerzte sollen des allgemeinen Wohles halber dahin streben, dass eine jede Familie ihren Hausarzt hat, welcher die Gesundheit aller ihrer Glieder bewacht.

14) Der Arzt kann nur dann seine Pflichten erfolgreich erfüllen, wenn er das volle Vertrauen seiner Kranken besitzt, er hat deshalb das Recht, ein solches von ihnen zu fordern, fehlt es aber, so kann er sich von der Behandlung lossagen, wenn solches ohne Schädigung des Kranken geschehen kann.

15) Das Vertrauen zum Arzte kann auf dreierlei Art zum Ausdrucke kommen:

a. durch vollständige und getreue Mittheilung aller die Gesundheit des Kranken beeinflussenden Ursachen und Momente,
b. durch möglichst genaue Befolgung der Vorschriften des Arztes und
c. durch Vermeidung dessen, dass bei einem anderen Arzte ohne Wissen des behandelnden Arztes Hülfe gesucht wird.

16) Die Aerzte haben das Recht zu verlangen, dass die Kranken ihre Bemühungen achten, ihre Zeit und Kräfte schonen und diese ohne zwingende Gründe nicht missbrauchen.

17) Die Aerzte können zum Wohle der Kranken verlangen, dass sie sich in Erkrankungsfällen so rasch als möglich ärztliche Hülfe suchen.

18) Die Aerzte können billigerweise fordern, dass man sie ohne dringende Nothwendigkeit, besonders Nachts, nicht beunruhigt; selbst in eiligen Fällen sollen die Kranken sich an die, sie beständig behandelnden Aerzte wenden.

C. Vergütung der Mühe.

19) Die Aerzte haben das Recht, eine Vergütung einer jeden, von ihnen geleisteten Mühewaltung zu verlangen.

20) Eine unbelohnt gebliebene Hülfeleistung soll als freiwillige menschenfreundliche That angesehen werden. (?)

21) Die ärztliche Fürsorge für die Armen gebührt der Gemeinde und dem Staate, welche auch die anderen Bedürfnisse der Armen zu befriedigen haben.

22) Kein Arzt darf principiell nur Arme behandeln.

23) Jede Honorarangelegenheit soll zwischen Arzt und Publicum offen besprochen werden. (?)

24) Der Arzt hat das Recht, seine dem Kranken geleisteten Dienste selbst abzuschätzen (oder mit ihm die Honorarfrage zu regeln).

25) Im Falle einer ungenügenden Belohnung nach einer längern Behandlung soll der Arzt selbst den Kranken auf das Missverhältniss aufmerksam machen.

26) Das Behandeln auf Credit hängt im gegebenen Falle von der Zustimmung des Arztes ab; wird dieser nicht gefragt, so hat er das Recht, für jede Visite eine Entschädigung zu verlangen.

27) Der Arzt soll von einem Collegen in seiner Wohnung kein Honorar verlangen. (?!)

28) Die medicinischen Gesellschaften sollen sich da, wo nöthig, mit der Klarstellung zweifelhafter Fälle hinsichtlich einer unentgeltlichen Behandlung (und unbezahlter Visiten) und der von den Kranken einzufordernden Bezahlung, der Verjährung und dergl. beschäftigen [1].

29) Es wäre wünschenswerth, dass die medicinischen Gesellschaften die Initiative im Austragen von Honorarfragen ergriffen und die Missverständnisse zwischen Aerzten und Publicum reducirten.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

O. von Landesen: Ueber die epileptogene Zone beim Menschen. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884).

Verf. beschreibt einen interessanten Fall von Epilepsie, welchen er in der psychiatrischen Klinik des Prof. Emminghaus beobachtet hat. An der rechten inneren Handfläche des Kranken, welcher

[1]) In den grösseren Städten Deutschlands und Belgiens bestehen zu diesem Zwecke ärztliche Rechtsschutzvereine; nächstens wird dieses Thema hier von einer berufenen Persönlichkeit angeregt werden.

erblich belastet war, als Brustkind schwere Brandwunden am Kopfe erlitten, und im 16. Lebensjahr den ersten spontanen epileptischen Anfall gehabt hatte, fand sich eine s. g. epileptogene Zone, von welcher aus durch mechanische Reize typische epileptische Anfälle hervorgerufen werden konnten; diese Zone befand sich an der rechten inneren Handfläche, woselbst die Sensibilität etwas erhöht war. Bemerkenswerth erscheint, dass Pat. nicht immer in gleichem Maasse zur künstlichen Production von epileptischen Anfällen disponirt war; namentlich wenn kurz vorher spontane Anfälle erfolgt waren, gelang es nicht einen epileptischen Anfall hervorzurufen. Zu allen anderen Zeiten wirkte von allen Reizmitteln am stärksten der Kitzel. Nach etwa 1½ Minuten dauerndem Kitzel des rechten Daumenballens trat der typische Anfall mit Bewusstseinsverlust, klonischen allgemeinen Krämpfen und nachfolgendem epileptischen Coma ein. Der Versuch durch die Dehnung des Nervus ulnaris und medianus auf die epileptogene Zone einzuwirken, eventuell dieselbe zum Schwinden zu bringen blieb erfolglos.

Im Anschluss an die Krankengeschichte giebt Verf. eine Zusammenstellung der Fälle, in denen bisher eine epileptogene Zone beobachtet worden ist und ventilirt die Frage, wie dieselben mit den Brown-Seguard'schen und Westphal'schen Versuchen über die experimentelle Epilepsie in Uebereinstimmung zu bringen seien. D—o.

Prof. Mikulicz (Krakau): Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Bluttransfusion. Vortrag gehalten in Krakauer Medicin. Ges.) (Prz. lek. № 13, 14, 15, 1884).

Die Schicksale der Bluttransfusion sind sehr merkwürdig. Nicht lange noch von Hueter und Neudörfer so hoch gepriesen, wird sie jetzt fast unisono als direct schädlich angesprochen. Der Verf. hebt mehrere theoretische und praktische Einwände gegen die Bluttransfusion hervor und befürwortet die Transfusion von chemisch-physiologisch neutralen Flüssigkeiten. So nimmt er folgende Lösung an: *Natri chlorati 6,0. Natri carbonici 1,0. Aquae 1000,0 Grm.* Er hatte Gelegenheit gehabt die Infusion dieser Salzlösung 2 Mal mit dem besten Erfolge zu machen. Verf. schlägt sogar vor, die Transfusion dieser Salzlösung in Fällen von acuter Anämie in Folge von Blutverlust für jeden Arzt obligatorisch zu machen. Die Schwierigkeiten der Operation sind beinahe gleich Null. Das Armamentarium ist auch sehr einfach. Die Lösung kann an jedem beliebigen Orte, in jedem Hause hergestellt werden. — Ein Trichter, ein halbmeterlanger Gummischlauch mit der Canüle sind vollkommen ausreichend. Die Lösung wird auf + 40° C. erwärmt. Die Vene in der Ellenbogenbeuge blosgelegt, eine kleine Strecke abpräparirt, dann zwei seidene Fäden ohne zu knüpfen darunter geschoben. Durch eine kleine seitliche Oeffnung wird die Canüle in die Vene hineingelegt und der centrale Faden geknüpft, so dass die Venenwand fest die Canüle umfasst. Der schon vorher gefüllte Trichter, mit der auf + 40° C. erwärmten Lösung wird ½ Meter hoch gehoben. In Folge dessen beginnt die Flüssigkeit allmälig zu sinken, und in 15 bis 20 Minuten gehen in dieser Weise bis über *600* Ctm. der Lösung in das Gefässystem über. Ziemacki.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Die Sanitätsverhältnisse der russischen Armee während des Feldzuges gegen die Tekinzen 1880—81.

(Schluss).

Die Mortalität nach Körperregionen vertheilt, stellte sich folgendermaassen:

Brustverletzungen	17,14 %
Kopfverletzungen	15, 0 %
Verletzungen des Unterleibes	11, 4 %

Zum Vergleich mit den Zahlen des im vergangenen Jahre erschienenen Berichtes über den amerikanischen Freiheitskrieg (cf. unsere Wochenschrift № 51. 1883) geben wir nachfolgende genauere Angabe über die verletzten Körperregionen:

Auf je 100 Verwundete kamen:

Kopfverletzungen	16,55 %
Gesichtsverletzungen	10,45 %
Rechte Oberschenkelwunden	9,35 %
Linke « «	7,72 %
Oberarmwunden	7, 2 %
Nateswunden	7,15 %
Handverletzungen	5,42 %
Rückenverletzungen	4,03 %
Linke Vorderarmwunden	8,72 %
Rechte Vorderarmwunden	3,06 %
Linke Unterschenkelwunden	3,32 %
Rechte Unterschenkelwunden	1, 1 %
Bauchwunden	2,12 %
Fusswunden	2, 1 %
Halswunden	1, 2 %
Beckenwunden	1, 0 % *).

*) Die Summe obiger Ziffern ergiebt nur 85,49 und wir wissen nicht ob das Versehen dem Autor oder dem Setzer zur Last zu legen ist. Red.

Bezüglich der Behandlung wäre noch zu bemerken, dass, wenn in den Angaben nicht ein Versehen vorliegt, im Ganzen nur 8 Amputationen gemacht worden, vornämlich bei schweren Oberschenkelverletzungen.

Weiter berichtet Grodekow über die *Desinfectionsarbeiten* während des Feldzuges, namentlich am Ende desselben. Wieviel es in dieser Beziehung zu thun gab, erhellt schon aus der Angabe, dass allein in Bami täglich 15—17 Kameele fielen, die stets sofort vergraben wurden. Zur Desinfection wurde vorherrschend Chlorkalk (verbraucht — 355 Pud) benutzt. Bei der Desinfection der Feste Gök-Tepe jedoch wurden ausser 46 Pud dieses Mittels noch 1500 Pud ungelöschten Kalkes verwandt, sowie 29 Pud Carbolsäure und 42 Pud Photogen, um 190 völlig verweste Leichen zu verbrennen. Ueberhaupt wurden möglichst viel verseuchte Gegenstände durch Verbrennen unschädlich gemacht.

Zum Schluss wird auch noch die Thätigkeit der «Gesellschaft des rothen Kreuzes» erwähnt. — *1879* war dessen Hülfe nur eine geringe, sie beschränkte sich auf Entsendung eines Sanitätstrains (2 Aerzte, 9 Sanitare, und eine geringe Anzahl Fuhrwerk) und eines Depôts seitens der Kaukasischen Localverwaltung. *1880* dagegen sandte die Centralverwaltung einen vorzüglich ausgestatteten Sanitätstrain nebst 69 Fuhrwerken. Ausser 5 Bevollmächtigten gehörten dazu 2 Aerzte und 28 barmherzige Schwestern, welche Vorzügliches leisteten. (So z. B. wissen wir aus Privatnachrichten, dass unmittelbar hinter den Sturmkolonnen Aerzte und Schwestern in die gestürmte Feste zogen, um sofort mit Verbänden bei der Hand zu sein. Eine Schwester Strjäkow wurde dabei verwundet, desgleichen Dr. Malinowski. Ein anderer Abgesandter des rothen Kreuzes, Dr. Studizki wurde im Sommer 1880 auf einem Ritt von Tekinzen umzingelt und nach verzweifelter Gegenwehr, nachdem er zahlreiche Schuss- und Hiebwunden erhalten, brach er tödtlich getroffen zusammen. In Krassnowodsk hatte das rothe Kreuz ein reichhaltiges Depôt angelegt. Auf dem Verbandplatze vor Gök-Tepe hatte das rothe Kreuz 150 Betten errichtet, vereint mit Lazarethzelten des Samursk'schen Regimentes.

Wie auch sonst öfters, kamen auch in diesem Feldzuge Fälle vor, wo die Vorräthe des rothen Kreuzes auch ohne Nothwendigkeit von einzelnen Truppenchefs exploitirt wurden. Gegen diesen Missbrauch erliess Skobelew einen bemerkenswerthen Tagesbefehl, in welchem er streng untersagte, die Vorräthe an warmen Bekleidungsgegenständen, Wein etc. ohne Noth auszunutzen. Hier wollen wir jedoch noch eines Curiosum Erwähnung thun, welches zeigt, wie andererseits verschiedene Lieferanten stets bemüht sind aus den Uebelständen der Armee Nutzen zu ziehen. Bei den verhältnissmässig geringen Mengen brauchbaren Wassers, setzte das Waschen der Wäsche grosse Schwierigkeiten. Sofort fand sich ein Lieferant, welcher sich erbot für 1 Rbl pro Mann die Wäschereinigung für die Armee zu übernehmen. Da hätte man täglich — *10950 Rbl.* zahlen können. Entrüstet sandte Skobelew den Mann nach Russland zurück!

Beim Ueberblicken der Verhältnisse kommt man zum Schluss, dass im Verhältniss zu den grossen Schwierigkeiten, mit welchen die Armee in sanitärer Beziehung zu kämpfen hatte, die Resultate günstige sind und namentlich das Haupt des Ganzen sich mehr für die Sanitätsverhältnisse interessirt und mehr gesorgt hat, als in allen bisherigen Feldzügen. Daher ist der Verlust ein relativ geringer. Möge der Turkmenenkrieg ein gutes Beispiel geben dafür, was geleistet werden kann, wenn man eine Armee in sanitärer Beziehung von vorn herein entsprechend ausrüstet. O. Petersen.

Der Deutsche Sanitätsbericht.

(Fortsetzung und Schluss).

1. Capitel. Sanitätspersonal und Ausrüstung.

Das Sanitätspersonal der deutschen Armeen bestand während des Feldzuges aus:	7022 Aerzten 8386 Lazarethgehülfen 12707 Krankenwärtern 7800 Krankenträgern 606 Apothekern 254 Apotheken-Handarbeitern 1309 Lazareth-Beamten
dazu kamen noch:	523 Offiziere. 8398 Trainsoldaten.

Zusammmen: 46,955 Mann.

Ein namentliches Verzeichniss aller leitenden, sowie aller verwundeten und verstorbenen Aerzte ist in den Beilagen vorhanden. Die Ausrüstung mit Sanitätsmaterial war nicht bei allen Truppen ganz genau dieselbe. Die Baiern hatten keine Sanitätsdetachements (entsprechen etwa den Divisionslazarethen unserer Armee im letzten Kriege) (подвижной дивизіонный лазаретъ), sondern Sanitätscompagnien (welche auch im Frieden bestehen), von denen je ein Zug jeder bairischen Brigade beigegeben war. Auch hatten ihre Haupthospitäler durchweg eigene Pferde und Wagen zur selbständigen Weiterbewegung, während dies bei den Preussen für die entsprechenden Sanitätsformationen nicht der Fall war. Sämmtliche Sanitätsdetachements wurden von Offizieren befehligt, mit einziger Aus-

nahme des badenschen, welches ein Chefarzt Dr. Hoffmann und zwar mustergültig commandirte.

Das 2. Capitel bringt die hygienischen Maassnahmen, welche für die gesunden Mannschaften getroffen wurden, behandelt also Bekleidung, Verpflegung und Ausrüstung der Truppen, sowie die Maassregeln gegen Verbreitung ansteckender Krankheiten und zur Desinfection der Schlachtfelder.

Das 3. Capitel stellt die Thätigkeit der Sanitätsdetachements, der Feld-, Kriegs- und Etappenlazarethe dar. — Beigefügte Tabellen ermöglichen genaue Einsicht darin wann, wo und wielange eine jede dieser Sanitätsformationen gewirkt hat und mit wieviel Kranken und Verwundeten jede belegt war. — Danach waren 191 Feldlazarethe 622 Mal in Thätigkeit, während welcher sie 280910 Kranke und Verwundete 3,245,743 Tage behandelten und verpflegten, so dass *jedes* Feldlazareth *im Durchschnitt* 3 Mal etablirt war und jedes Mal 1471 Kranke aufgenommen hat. (Jedes Feldlazareth war auf 200 Betten eingerichtet). Speciell betrachtet war nicht jedes Lazareth gleich häufig thätig, sondern am häufigsten die Lazarethe des 1. bairischen Corps, dann diejenigen des 7., 12., 3. Armeecorps u. s. f. — 16 Gefechtsskizzen zeigen die Truppenstellungen mit Aufstellung der dazu gehörigen Sanitätsformationen und 8 Karten verschiedene Lazarethetablirungen nach grösseren Gefechten.

Im 4. und 5. Capitel wird über Krankenzerstreuung und Sanitätszüge berichtet. Vom Kriegsschauplatz nach Deutschland evacuirt wurden 250,000 Kranke und Verwundete, von diesen 96,000 in den Monaten August bis October 1870. — In Sanitätszügen mit besonders hergerichteten Lagerstellen wurden 40,000 Mann transportirt, die Uebrigen in Lazarethzügen, welche, da sie früher nicht bestanden, erst während des Krieges formirt werden mussten. — Sanitätszüge wurden im Ganzen 36 eingerichtet, von welchen 18 preussische, 4 bairische, 3 würtembergische, 1 sächsischer und 1 badenscher waren, 9 aber von der freiwilligen Krankenpflege organisirt wurden. Die Wege, auf welchen die Evacuation vor sich ging, sind auf 4 Karten angegeben.

Das 6. Capitel handelt von den Lazarethen im Inneren Deutschlands. An der Organisation derselben hat die freiwillige Krankenpflege einen grossen Antheil. Mit *Ausnahme* von *Sachsen* und dem Grossherzogthum *Hessen* bestanden in Deutschland 115,897 Lagerstellen in den Lazarethen des Staates und 32,169 Lagerstellen in den Lazarethen der freiwilligen Krankenpflege. Sachsen und Hessen hatten 8645 staatliche Lagerstellen; wieviel jedoch Lagerstellen der freiwilligen Krankenpflege vorhanden waren, konnte nicht genau festgestellt werden und ist deshalb die Bettenzahl dieser beiden Staaten in dem Bericht nicht mitberechnet worden. — In allen Lazarethen des Inlandes wurden aufgenommen: 250,000 Kranke und Verwundete vom Kriegsschauplatze, 175,810 von der immobilen Armee im Inneren des Reiches und 176,472 kriegsgefangene Kranke oder verwundete Franzosen, zusammen also 602,282 Mann.

Capitel 7 weist nach, in welcher Ausdehnung Baracken und Zelte zur Unterbringung so enormer Krankenmassen zur Anwendung kamen. Auf dem Kriegsschauplatze waren 87 Zelte mit 540 Lagerstellen und 120 Baracken mit 3981 Betten im Gebrauch; im Inlande 577 Baracken mit 18210 Lagerstellen, von welchen 130 Baracken mit 7073 Lagerstellen speciell für kranke Kriegsgefangene bestimmt waren. Verschiedene Abbildungen erläutern ausser dem Text die Construction, Heizung und Ventilation der verschiedenen Gebäude.

Das 8. Capitel ist der freiwilligen Krankenpflege und der Genfer Convention gewidmet. — Die Thätigkeit der freiwilligen Krankenpflege wird mit reichem und warmem Danke anerkannt, die Resultate übersichtlich geschildert und Gelegenheit genommen verschiedene Unrichtigkeiten oder Uebertreibungen zurechtzustellen, welche in früher erschienenen Berichten zu Ungunsten der Militär-Sanitätsverwaltung mit unter gelaufen waren. Dieselben beziehen sich auf den Antheil der freiwilligen Krankenpflege an den ersten Hülfeleistungen auf dem Schlachtfelde, auf die Verpflegung der Kranken, die Desinfection der Schlachtfelder u. s. m. und sind auf Grund actenmässiger Erhebung in durchaus objectiver Weise berichtigt. — Wie gross die Betheiligung der Bevölkerung gewesen, ersieht man aus den Zahlen. Das Berliner Centralcomité giebt allein an in baarem Gelde 12,772,575 Thaler und in Naturalbeiträgen 5½ Millionen Thaler für die Kranken und Verwundeten verausgabt zu haben. — Hiebei sind die Ausgaben vieler sonstiger selbständiger Hülfsvereine und der Vereine der Südstaaten nicht mit einbegerechnet. Man sieht also, dass die grosse Anerkennung welche der Sanitätsbericht der freiwilligen Krankenpflege zollt, eine durchaus berechtigte ist.

Bezüglich der Genfer Convention werden die vielfachen Missverständnisse und Conventions-Verletzungen besprochen, welche beklagt werden mussten. Der Bericht meint, es genüge nicht die Unterschriften der Regierungen für die Convention zu haben, um schon einer richtigen und wohlwollenden Ausführung der Conventionsbestimmungen sicher zu sein. Dazu wäre erforderlich, dass die einzelnen Bestimmungen erst Gemeingut der Massen würden und selbst dann müsse dahingestellt bleiben, in wieweit die verschiedene Bildungsstufe der Nationalitäten und die Erbitterung der Kämpfenden eine stricte Ausführung der Conventionsbestimmungen ermögliche.

Der 4. Band des Sanitätsberichtes handelt von der physikalischen Wirkung der Geschosse und zwar vom neuesten Standpunct der Wissenschaft in dieser Frage. 56 Lichtdrucktafeln geben zur Erläuterung des Textes Abbildungen vieler Präparate aus der Sammlung des Medicinisch-Chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts. — Es bedarf wohl kaum des Hinweises darauf, wie wichtig dieser Gegenstand gerade in neuester Zeit für den Militärarzt ist, weil häufig die Bestimmung über die ersten Eingriffe bei der modernen Wundbehandlung von der Kenntniss der Geschosswirkungen abhängt. — Dieser Band darf daher mit Recht als eine besonders glückliche Bereicherung des chirurgischen Theils des deutschen Sanitätsberichts betrachtet werden.

Wie aus dieser kurzen Uebersicht hervorgeht, ist das Material der erschienenen beiden Bände ein überaus reichhaltiges und mannigfaltiges. — Die gewonnenen Resultate, mit welchen wir durch diese Arbeit bekannt gemacht werden, sind um so beachtenswerther, als sie sich meist auf *so* grosse Zahlen stützen, wie sie auf den einschlägigen Gebieten bisher überhaupt noch nicht geboten wurden. — Es kann daher der Zweck eines kurzen Referats wie des vorstehenden auch nur der sein, den Leserkreis dieses Blattes auf die Arbeit überhaupt aufmerksam zu machen, indem wir an dieser Stelle eine summarische Uebersicht ihres Inhalts geben, ohne zu prätendiren den Stoff auch nur annähernd erschöpft zu haben. Man darf im Gegentheil erwarten, dass das Erscheinen des Berichts den Anstoss zu einer ganzen Reihe neuer Arbeiten auf diesem Gebiete geben wird. Ein endgültiges Urtheil über den deutschen Sanitätsbericht dürfte vor dem Erscheinen der übrigen Bände verfrüht sein. Nach dem Plane der Anlage des Ganzen indess und den bereits vorliegenden 2 Bänden zu schliessen, ist man berechtigt das Werk für ein monumentales zu halten, welches voraussichtlich auf lange den ersten Platz in der Literatur des Militär-Sanitätswesens einnehmen wird. — Deshalb darf wohl auch der Wunsch als berechtigt gelten, unser grosser zu erwartender Sanitätsbericht über den Krieg 1877—1878 möchte dem deutschen möglichst gleichen, — besonders was Wahrheit, Klarheit, Gediegenheit und offene Anerkennung der Missstände betrifft, welche sich fühlbar gemacht haben. Köcher.

Vermischtes.

— Am 24. Juni d. J. starb in Warschau Dr. Mühlhausen, der Gehilfe des Oberarztes vom Kind-Jesu-Hospital in Warschau, im Alter von 65 J. Er veröffentlichte folgende Arbeiten: 1) *De asthmate thymico infantum*. Lipsiae 1857. — 2) Ueber die vorjährige Febris intermittens und über den Gebrauch von Chinoidin bei ihrer Therapie (Tyg. lek. 1848). — 3) Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien, welche durch Hustenstösse ausgestossen wurden (ibidem 1849). 4) Ueber die Wirkung von Branntwein auf den Organismus, besonders aber über die Trunksucht und Delirium tremens (ibidem 1849). 5) Ophthalmoblenorrhoea bei den Säuglingen im Kinds-Jesu-Spital im J. 1850 epidemisch auftretend. (Pam. Tow. lek. Warsz. 1852). (Gaz. lek. № 27).

— Vor Kurzem ist der letzte Physicus primarius der ehemals freien Stadt Frankfurt, Sanitätsrath Dr. Kloss, im 70. Lebens-Jahre gestorben.

— Dr. Jullien (Annal. de Dermat. et de Syphil. Févr. 25. 1884). spricht sich sehr zu Gunsten der Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Calomel aus; er braucht folgende Flüssigkeit: Rp. Calomel 0,10—0,15, Pulv. arabic. 0,5, Aquae destillatae 1,0. Die Injectionen werden mit der gewöhnlichen Spritze, aber mit einer wenigstens 3 Ctm. langen Nadel in den Rücken gemacht. (New-York Medic. Record, May 31. 1884).

— In diesem Jahre wurden auf das durch wohlthätige Beiträge angesammelte Geld 99 schwächliche Kinder von armen Eltern aus Warschau auf die sogenannten Feriencolonien geschickt. Aus dem Berichte über den Gesundheitszustand der Colonien ist zu ersehen, dass alle Kinder sich einer guten Gesundheit erfreuen, haben guten Appetit, geniessen die frische Waldluft, kalte Flussbäder, falls dieselben nicht contraindicirt sind; — Fälle von Sehnsucht nach dem Elternhause sind recht selten. *Jeder Unterricht ist vom Programm der Feriencolonien ausgeschlossen.* — Das Alter der Kinder schwankt zwischen 8—14 Jahren. Die Mehrzahl der Kinder ist scrophulös, anämisch, sehr schlecht entwickelt, obwohl sich darunter auch Reconvalescenten nach schweren Krankheiten befinden, auch solche die an Knochencaries, Otorrhöen, Hautausschlägen u. s. w. leiden. Es wurden die mit ausgesprochener Phthise, mit Herzfehlern behafteten Kinder von vorhinein nicht angenommen. Die Knaben werden fleissig in der Gymnastik eingeübt. Bei schlechtem Wetter werden Abends Vorstellungen und Spiele eingerichtet; alles dies gefällt den Kindern ungemein. Es ist nicht zu vergessen, dass der grösste Theil der Kinder für die Sommercolonien aus Kindern von Hauswächtern, Fabriks- und Handarbeitern und anderen Leuten besteht, welche für gewöhnlich in den Souterrains und unter dem Dache wohnen. Die ganze Aufenthaltszeit auf dem Lande dauert 4 Wochen, so wie in Deutsland. Es wird noch eine Saison im August in Aussicht genommen, falls die vorhandenen Mittel dazu reichen. (Medyc. № 29).

Bekanntmachung.

— Im bevorstehenden Lehrjahre 1884—1885 werden die Privatdocenten der Kais. militär-medicinischen Academie wie im vorigen Jahre Special-Curse für Aerzte in verschiedenen Fächern der Medicin lesen. Die detaillirte Liste der Curse wird im September veröffentlicht werden.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 5. August 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2209	1550	3759
Kinderhospitäler	95	81	176
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	145	50	195
Scharlach	6	8	14
Pocken	1	7	8
Venerische Krankheiten	308	383	691

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 29. Juli bis 4. August 1884 besucht von 2513 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1050.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 5. bis 11. August 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
279	209	488	136	46	66	6	7	9	44	42	49	35	30	11	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 5, Scharlach 3, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 1.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 15, andere Gehirnkrankheiten 12, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 14, acute Entzündung der Athmungsorgane 56, Lungenschwindsucht 85, andere Krankheiten der Brusthöhle 7, Gastro-intestinal-Krankheiten 121, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 32, Marasmus senilis 14, Cachexia 31.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 1, Mord 1.

— Andere Ursachen 10.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	20—26 Juli	181 732	77	5	21,1	6,5	34,5
Kopenhagen	23—29 Juli	267 000	117	14	22,8	11,9	45,1
Berlin	27 Juli—2 Aug.	1 225 065	860	73	36,5	8,5	38,4
Wien	27 Juli—2 Aug.	759 849	334	7	22,9	2,1	31,4
Brüssel	20—26 Juli	171 293	71	4	21,6	5,4	31,8
Paris	25—31 Juli	2 239 928	993	77	23,1	7,7	28,2
London	26 Juli—2 Aug.	4 019 361	1767	193	22,9	10,9	33,5
St. Petersburg	**3—9 August**	**928 016**	**476**	**55**	**26,6**	**11,5**	**25,7**

Druckfehler. In № 31 p. 329 Sp. 1 Z. 2 von oben muss es heissen Berlin statt Breslau; denselben Fehler bitten wir in der folgenden Nr. gleicherweise zu corrigiren.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 17 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 34. St. Petersburg, 25. August (6. September) 1884.

Ueber die fehlerhafte Drehung der Schultern und des Kopfes bei Scheitellage der Frucht.

Von

J. M. Ssyromjatnikow.

In der geburtshülflichen Praxis hat man nicht selten Gelegenheit die sog. regelwidrige Drehung des Kopfes zu beobachten, wo letzterer, nachdem er geboren, sich z. B. bei erster Scheitellage mit dem Gesicht nicht zum rechten, sondern zum linken, oder bei 2. Scheitellage anstatt zum linken zum rechten Schenkel der Mutter wendet. Dieses entsteht dadurch, dass die Schultern in den Beckeneingang in dem schrägen Durchmesser eintreten, welcher demjenigen entgegengesetzt ist, in welchem sie bei normalem Geburtsverlauf hätten eintreten müssen, d. h. wenn sie bei 1. Lage z. B. nicht im 2. schrägen Durchmesser eintreten, sondern im 1., oder bei 2. Lage umgekehrt.

Die Geburtshelfer unterscheiden zwei Arten dieser Anomalie:

1) Die häufiger vorkommende, wo die Schultern in demselben schrägen Durchmesser eintreten, in welchem vorher die Pfeilnaht passirt ist; so z. B. wenn bei 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn) die Schultern im ersten schrägen Beckendurchmesser mit der linken Schulter voran eintreten und bei 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn) umgekehrt. Hier wendet sich der Kopf der Frucht, nachdem das Hinterhaupt unter der Symphyse hervorgetreten, bei 1. Scheitellage mit dem Gesicht nicht zum rechten, sondern zum linken Schenkel der Mutter; bei 2. Scheitellage aber findet das Umgekehrte statt.

2) Wenn die Schultern bei der Drehung in denselben schrägen Durchmesser zu stehen kommen, in dem sie vorher, bei Beginn der Geburt, standen; der Rumpf der Frucht vollführt dabei eine halbkreisförmige Drehung und die Schultern treten z. B. bei 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) im 1. schrägen Durchmesser, linke Schulter voraus, ein und das Gesicht wendet sich zum linken Schenkel der Mutter; bei 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) findet das Umgekehrte statt. Diese regelwidrige Drehung wird als *Ueberdrehung* bezeichnet und kommt seltener vor als die sub. 1 genannte.

Die Ursachen dieser Anomalien sind bis jetzt noch lange nicht hinreichend eruirt, wie dieses in der letzten Auflage von Schröder [1]) angegeben wird, was aber ihre Häufigkeit betrifft, so werden wir weiter unten sehen, dass selbst die Coryphäen unserer Wissenschaft unklare und verwirrte Daten angeben, was natürlich dadurch bedingt ist, dass der Geburtsmechanismus bei der regelwidrigen Drehung der Schultern noch zu wenig studirt ist.

Was die Ursachen betrifft, so schreiben die Einen die Hauptrolle den Anomalien von Seiten des Beckens zu, dem vorliegenden Fruchttheile, den starken Wehen, dem Vorfall kleiner Theile und der Verkürzung der Nabelschnur, andere dagegen glauben, dass alle oben angeführten Momente von keinem Belang seien, sondern dass Alles durch die Configuration des Uterus zu erklären sei. Als Verfechter der zuletzt angeführten Ansicht, zu der sich auch Spiegelberg hinneigt, ist Dohrn [2]) zu nennen. Er sprach dieses 1872 aus, indem er in seinem Artikel damit begann, dass die Unregelmässigkeiten in der Drehung der Schultern und des Kopfes hauptsächlich durch die Configuration der Gebärmutter bedingt seien und dass die Anomalien des Beckens, die Grösse der Frucht, der Vorfall kleiner Theile und die Umschlingungen der Nabelschnur, — die früher als Causalmoment angenommen wurden, — für gewöhnlich dabei nicht von Bedeutung seien.

Die Schlüsse, zu denen Dohrn gelangte, kann man in folgende Sätze zusammenfassen:

1) Die fehlerhafte Drehung der Schultern wird häufiger bei Scheitellagen, wo das Hinterhaupt nach hinten gewandt, beobachtet, daher häufiger bei 2. Scheitellage, wo das Hinterhaupt häufiger nach hinten gewendet ist, als bei der ersten. Die Ursache der fehlerhaften Drehung besteht nach Dohrn in diesen Fällen darin, dass die Gebärmutter die Tendenz besitzt die Schultern, nachdem der Kopf unter der Symphyse hervorgetreten, in denselben schrägen Durchmesser einzustellen, in dem sie sich im Beginn der Geburt

[1]) Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe 1880, 6. Ausgabe, pag. 174.

[2]) Ueber die Ursachen fehlerhafter Drehung der Schultern nach Austritt des Kopfes bei Schädelgeburten. Arch. f. Gynäkol. B. IV pag. 362.

befanden und dass der Uterus diese Lage der Schultern auf dem kürzesten Wege zu erreichen sucht; daraus folgt bereits der 2. Satz von Dohrn,

2) dass die fehlerhafte Drehung der Schultern häufiger bei Erstgebärenden vorkommen muss, bei denen die Gebärmutter einer grösseren Kraftentfaltung fähig ist, als bei Mehrgebärenden.

Beispiel: Bei 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten gewandt), verläuft die Pfeilnaht im 2. schrägen Durchmesser, die Schultern dagegen im 1.; nach dem Durchschneiden des Nackens unter der Symphyse, wo die Schultern sich in den Querdurchmesser einstellen, erreichen dieselben ihre zuerst eingenommene Stellung (im 1. schrägen Durchmesser) auf dem kürzesten Wege nur dann, wenn die linke Schulter sich nach vorne wendet und die rechte nach hinten, weshalb unter der Symphyse zuerst nicht die rechte sondern die linke hervorkommt; das Gesicht des bereits geborenen Kopfes wendet sich aber nicht zum rechten sondern zum linken Schenkel der Mutter.

3) Ausserdem beobachtet man, nach Dohrn, die fehlerhafte Drehung der Schultern häufiger beim Anlegen der Zange, — und zwar ist der Grund hierfür der, dass bei schneller Extraction des Kopfes der normale Geburtsmechanismus eine Störung erleidet. Dagegen entsteht zuweilen, vor der Geburt des Kopfes, eine fehlerhafte Drehung der Schultern in Beziehung auf den Hals der Frucht, wodurch eine Verlangsamung des Geburtsverlaufes eintritt und zur Application der Zange nöthigt.

Diese seine Schlüsse basirt Dohrn auf 205 Fälle von fehlerhafter Drehung der Schultern unter 2258 Scheitellagen. In 2053 Fällen, wo die Schultern regelrecht durchschnitten, war das Hinterhaupt in 16 %, und unter den 205 Fällen fehlerhafter Drehung in 19 % nach hinten gewandt; unter den 2053 Fällen finden sich 33 % 2. Scheitellagen, und unter den 205 — 38 %; Erstgebärende 39 % und 55 %, Zange 7 % und 9 %.

Die einzige ungünstige Folge der fehlerhaften Drehung der Schultern, die Dohrn erwähnt, ist die, dass diese Drehung in vereinzelten Fällen bereits vor der Geburt des Kopfes zu Stande kommt; in diesem Fall werden die Schultern regelwidrig zum Halse der Frucht stehen, was verlangsamend auf den Geburtsact einwirken und einen Grund zur Application der Zange abgeben kann. Weder bei Dohrn noch auch sonst wo in der Literatur der Gegenwart, gelang es mir eine Beschreibung von irgend welchen anderen schlimmen Folgen dieses fehlerhaften Geburtsmechanismus zu finden. Ich dagegen habe im vorigen Jahre in der Moskauer Gebärklinik Gelegenheit gehabt einen Fall zu beobachten, in dem in Folge fehlerhafter Drehung der Schultern, nachdem der Kopf schon geboren (das Gesicht war zum rechten Schenkel der Mutter gewandt) die normale Geburt des Rumpfes nicht allein nicht stattfand, sondern wo auch die künstliche Extraction des Rumpfes viel Schwierigkeiten verursachte. Nur dank dem Umstande, dass ich durch die Exploration früher die Lage des Kopfes bestimmt hatte, konnte ich die fehlerhafte Drehung der Schultern constatiren und so auf rationellem Wege künstlich Hülfe leisten..

Der Fall ist folgender: 38-jährige III. para, trat am 30. October 1880 in die Klinik ein. Bei der Aufnahme wurde eine bedeutende Vergrösserung des Leibes, bedingt durch mässigen Ascites und Hydramnion constatirt, ausserdem bestand Oedem der unteren Extremitäten (kein Eiweiss im Harn). Das Becken normal. Kindliche Herztöne rechts unterhalb des Nabels zu hören. Nach Abgang des Fruchtwassers um 9 Uhr 55 Min. Morgens konnte man bei auf 3 Finger erweitertem Muttermunde die 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) bestimmen. Der Kindskopf war neben dem Beckeneingang beweglich und stellte sich über eine Stunde lang nicht ein, wie durch mehrfache Untersuchungen constatirt werden konnte. Die Wehen, im Anfang sehr schwach, nahmen später nur mässig an Intensität zu, um 12 Uhr 45 Min. schnitt der Kopf mit dem Hinterhaupt voran durch und kehrte sich das Gesicht dem rechten Schenkel der Mutter zu. Hierauf trat ein Stillstand im Verlauf der Geburt ein. Die Versuche den Rumpf am Kopfe zu extrahiren, die Anfangs vorsichtig, später energisch gemacht wurden, blieben erfolglos. Bei der Untersuchung wurde es klar, dass der Rücken des Kindes nach links und die linke Schulter nach hinten gekehrt war und in der Kreuzbeinaushöhlung gefühlt werden konnte, die rechte Schulter dagegen war nicht zu erreichen. Nach Einführung der ganzen Hand liess sich feststellen, dass die rechte Schulter durch den rechten horizontalen Schambeinast zurückgehalten wurde. Der untere Theil der linken Seite des Rumpfes war somit bedeutend stärker von links nach rechts und hinten (in Beziehung auf die Mutter) gedreht, als der obere, denn die linke Schulter und die linke Seite der Frucht waren direct nach hinten zur Kreuzbeinaushöhlung gewandt, während die rechte Schulter nicht direct vorn sich befand, sondern sich stark nach rechts hinwandte und über den rechten horizontalen Schambeinast zu stehen kam. Ueberhaupt war es zu sehen, dass der untere Theil der Frucht viel stärker um seine Längsachse gedreht war, als der obere.

Nach dieser Untersuchung wurden noch weitere Versuche angestellt den Rumpf zu extrahiren, indem man mit hakenförmig gekrümmten Fingern in die linke Achselhöhle fasste, aber ohne jeden Erfolg, obgleich energische Tractionen gemacht wurden. Darauf erst, von dem Schlusse ausgehend, dass bei 2. Scheitellage der Kopf mit dem Gesicht zum linken Schenkel der Mutter und die linke Schulter nach vorn gewandt sein müsste, die rechte aber nach hinten, führte ich meine rechte Hand längst dem Rücken der Frucht bis zur rechten Schulter desselben, 2 Finger der linken Hand aber längst der vorderen Brustseite bis zur linken Achselgrube und fasste dieselbe hakenförmig. Darauf bemühte ich mich mit der rechten Hand die rechte Schulter von rechts und vorn gerade nach hinten zu stossen, während ich mit den Fingern der linken Hand die linke Achselhöhle von hinten nach links und vorn drehte; dabei drehte mein Assistent den Kopf der Frucht mit dem Kinn von rechts nach hinten, und dann nach links und vorn zum linken Schenkel der Mutter.

Bei dieser Art des Vorgehens wandte sich sowohl Kopf als Rumpf leicht nach der angegebenen Richtung und die Extraction des Kindes, die bis dahin 25 Min. lang vergeblich versucht worden war, gelang leicht ohne jede Anstrengung. Auf diese Art wurde die rechte Schulter nach hinten in die Kreuzbeinaushöhlung gedrängt, während die linke, die sich dort befunden hatte, einen Halbkreis beschreiben musste, um bis zur Symphyse zu gelangen, wo sie auch hervortrat; der Rücken der Frucht war jetzt nach rechts gewandt, das Gesicht zum linken Schenkel der Mutter; kürzer gesagt — *die Extraction gelang nachdem man den normalen Geburtsmechanismus bei 2. Scheitellage wiederhergestellt hatte.* Das Kind, welches in tiefer Asphyxie geboren war, wurde durch die allgemein angenommenen Manipulationen wieder belebt. Es *wog 10 Pfd.*; Länge der Nabelschnur 53 Ctm. Das Puerperium verlief normal. Die nach der Geburt vorgenommene Untersuchung des Beckens ergab in Bezug auf etwa vorhandene Anomalien nur negative Resultate.

Bevor ich zur Frage übergehe, wieweit unser Fall die Schlüsse von Dohrn rechtfertigt, erlaube ich mir den normalen Geburtsmechanismus bei Scheitellagen in Erinnerung zu bringen.

Bei erster Scheitellage — sowohl wenn das Hinterhaupt nach vorn, wie wenn es nach hinten gekehrt — befindet sich die rechte Schulter stets entweder in der Gegend des rechten (Hinterhaupt vorn), oder des linken (Hinterhaupt hinten) horizontalen Schambeinastes. Nachdem der Kopf mit dem Hinterhaupt voran unter der Symphyse geboren, treten die Schultern in den Beckeneingang ein, und zwar wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt in demselben schrägen Durchmesser, in welchem sie vorher standen, dagegen in dem diesem entgegengesetzten Durchmsser, wenn das Hinterhaupt nach hinten gekehrt ist. In letzterem Falle machen sie eine Drehung von 90° so dass die rechte Schulter vom vorderen Ende des ersten schrägen Durchmessers bis zum vorderen Ende des zweiten schrägen Durchmessers sich hinüberdreht. [3]) Im Beckenausgang wird sich die rechte Schulter in beiden Fällen zur Symphyse und das geborene Gesicht zum rechten Schenkel der Mutter drehen. Die Drehung des Kopfes ist eine regelrechte. Folglich:

I. treten bei beiden Arten der ersten Scheitellagen die Schultern immer im 2. schrägen Beckendurchmesser ein. Wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, stimmt letzterer mit dem früheren überein, aber wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt, ist er dem entgegengesetzt, in welchem früher die Schultern standen. Die Schulter, (im gegebenen Fall die rechte) welche sich vorn befand, dreht sich bei beiden Arten der ersten Scheitellage der Symphyse zu.

Bei beiden Arten der 2. Scheitellage befindet sich stets

[3]) Natürlich verstehen wir, sowohl unter dem 1. wie 2. schrägen Durchmesser nicht Linien, sondern die entsprechenden Flächen.

die linke Schulter der Frucht entweder in der Gegend des linken (Hinterhaupt nach vorn) oder des rechten (Hinterhaupt nach hinten) horizontalen Schambeinastes. Nachdem der Kopf mit dem Hinterhaupt voran unter der Symphyse geboren, treten die Schultern (wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, in demselben, wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gewandt, in dem dem früheren entgegengesetzten schrägen Durchmesser ein, woher sie im letzteren Fall eine Drehung von 90° machen und wobei die linke Schulter vom vorderen Ende des 2. zum vorderen Ende des 1. schrägen Durchmessers sich hinüberwendet. Die vordere linke Schulter dreht sich im Beckenausgang in beiden Fällen der Symphyse, das Gesicht aber dem linken Schenkel der Mutter zu. Die Drehung des Kopfes ist eine regelrechte. Folglich:

II. treten bei beiden Arten der 2 Scheitellage die Schultern immer im ersten schrägen Beckendurchmesser ein; wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt fällt letzterer mit dem früheren Stande zusammen, wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gewandt, ist er dem entgegengesetzt, in welchem die Schultern früher standen. Die Schulter, (im gegebenen Fall die linke) die sich vorn befand, dreht sich der Symphyse zu.

Aus den oben gesagten Schlüssen ergiebt sich:

A) dass bei normalem Geburtsmechanismus, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, die Schultern immer in den früheren Durchmessern in den Beckeneingang eintreten, wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gewandt, in den umgekehrten; zur Symphyse dreht sich immer die vordere Schulter; die Drehung beträgt 0 bis 90°.

Wollen wir jetzt den Mechanismus des Eintritts der Schultern bei fehlerhafter Drehung untersuchen.

Bei 1. Scheitellage, sowohl wenn das Hinterhaupt nach vorn, wie wenn es nach hinten gewandt ist, befindet sich die rechte Schulter vorn. Sobald der Kopf mit dem Hinterhaupt voran geboren, treten die Schultern bei nach vorn gerichtetem Hinterhaupt in den, dem früheren entgegengesetzten schrägen Durchmesser ein, wobei sie sich um 90° so drehen müssen, dass die linke Schulter (die hintere) jetzt vom hinteren Ende des 2. schrägen Durchmessers zum vorderen Ende des 1. hinüberwandert; wenn das Hinterhaupt aber nach hinten gewandt ist treten sie in dem früheren schrägen Durchmesser ein, sich um 180° so drehend, dass die linke (hintere Schulter) vom hinteren Ende des 1. schrägen Durchmessers bis zum vorderen Ende desselben Durchmessers hinüberwandert. Die jetzt in beiden Fällen im vorderen Beckenabschnitte bei dem linken horizontalen Schambeinast sich befindende linke Schulter, dreht sich im Beckenausgang der Symphyse und das geborene Gesicht dem linken Schenkel der Mutter zu. Die Drehung des Kopfes ist eine fehlerhafte. Daraus folgt:

2. dass bei erster Scheitellage (sowohl wenn das Hinterhaupt nach vorn, wie auch wenn es nach hinten gewandt ist) die Schultern bei fehlerhafter Drehung des Kopfes, wenn Letzterer mit dem Hinterhaupt unter der Symphyse durchschneidet, immer im 1. schrägen Beckendurchmesser eintreten; wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, ist Letzterer dem früheren entgegengesetzt, wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gekehrt, stimmt er mit dem früheren überein. Die Schulter (im gegebenen Fall die linke) die im hinteren Abschnitt des Beckens sich befand, dreht sich der Symphyse zu.

Bei beiden Arten der 2. Scheitellage befindet sich die linke Schulter vorn. Nachdem der Kopf unter der Symphyse mit dem Hinterhaupt nach vorn geboren, treten die Schultern, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, in dem, dem früheren entgegengesetzten schrägen Durchmesser ein, indem sie sich um 90° so drehen, dass die rechte Schulter (die hintere) vom hinteren Ende des 1. schrägen Durchmessers zum vorderen Ende des 2. sich hinüberdreht; wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gewandt, treten die Schultern in denselben schrägen Durchmesser ein, indem sie sich um 180° so drehen, dass die rechte Schulter (die hintere) vom hinteren zum vorderen Ende des zweiten schrägen Durchmessers hinüberwandert. Die rechte Schulter, die sich jetzt in beiden Fällen vorn über dem rechten horizontalen Schambeinaste befindet, wird sich zur Symphyse drehen und das Gesicht zum rechten Schenkel der Mutter. Die Drehung des Kopfes ist eine fehlerhafte. Folglich:

1) treten bei 2. Scheitellage (sowohl wenn das Hinterhaupt nach vorn, wie wenn es nach hinten gewandt ist), bei fehlerhafter Drehuug des Kopfes, wenu Letzterer mit dem Hinterhaupt unter der Symphyse hervortritt, die Schultern immer im 2. schrägen Beckendurchmesser ein; wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, ist Letzterer dem Früheren entgegengesetzt, dagegen stimmt er mit dem Früheren überein, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt. Die Schulter, (im gegebenen Fall die rechte), die sich hinten befand, dreht sich immer der Symphyse zu.

(Fortsetzung folgt).

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga

über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von

Dr. H. Krannhals,

dirig. Arzt u. Prosector.

Im Februar 1883 wurde am allg. Krankenhause zu Riga u. A. auch der Posten eines Prosectors neu creirt und mir die Ehre zu Theil, mit den Functionen eines solchen betraut zu werden. Indem ich mir erlaube den ersten Jahresbericht [1]) der Oeffentlichkeit zu übergeben, will ich nicht unterlassen zu bemerken, dass derselbe nichts weiter sein soll, als ein bescheidener Beitrag zur pathol.-anatom. Statistik und Casuistik. Ich habe mich bei Zusammenstellung dieses Berichtes im grossen Ganzen an die Principien gehalten, welche Virchow bei seinen bekannten Mittheilungen in den Charité-Annalen für gut befunden — namentlich was die Aufstellung der Haupttabelle anbetrifft. Wenn diese äusserlich auch ein anderes Aussehen hat, so ist bei Rubricirung der einzelnen Fälle doch in ganz derselben Art verfahren worden [2]). So einfach die Liste der tödtlich verlaufenen Krankheiten auch erscheint, bildet sie doch, wie Jeder, der sich einmal mit einer derartigen Arbeit befasst hat, wissen wird, den schwierigsten und zeitraubendsten Theil einer solchen Zusammenstellung — der Anatom wird nicht selten in die Lage kommen, sich in die Krankengeschichte vertiefen zu müssen. Im Uebrigen, bei der Casuistik, habe ich mich auf eine einfache Mittheilung der Thatsachen beschränkt und im Interesse der Kürze literarische Excurse, Citate und epikritische Erörterungen fortgelassen. Die Resultate mikroskopischer Untersuchungen sind ebenfalls nicht näher wiedergegeben und sollen specielleren Mittheilungen über diesen oder jenen Fall vorbehalten bleiben.

Im Jahre 1883 wurden im Ganzen in das Leichenhaus abgeliefert 373 Leichen, und zwar 287 männliche und 86 weibliche; hiervon wurden secirt 268 (213 M., 55 W.), nicht secirt 105 (74 M., 31 W.). Die Zahl der ohne Section ausgelieferten Leichen war also eine verhältnissmässig sehr hohe (28%); sie hängt zusammen mit dem, vielfach religiösen Bedenken oder dem Aberglauben, unrichtigen Vorstellungen von einer Leichenöffnung etc. entspringenden Eifer der Angehörigen, die Verstorbenen dem Secirmesser zu entziehen, wobei denn oft vernünftige Vorstellungen nichts fruchteten. Ich hoffe, dass sich dieses Verhältniss bessern wird. Immerhin ist jedoch die Zahl der Sectionen eine so hohe, dass sie mich zu diesem Berichte ermuthigt.

[1]) Die Fertigstellung desselben hat sich durch äussere Umstände zu meinem Bedauern sehr verzögert.

[2]) Die Mitaufnahme der «Nicht-Secirten» geschah, um durch Vergrösserung des Materials den Zahlen mehr Bedeutung zu geben; sie können natürlich nur den Werth einer klinischen, durch die Autopsie nicht controlirten Diagnose beanspruchen.

Auf die einzelnen Monate des Jahres vertheilten sich die Leichen folgendermaassen:

Es wurden eingeliefert im	Leichen	Hiervon secirt		Nicht secirt	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.
Januar	22	14	2	5	1
Februar	31	18	2	8	3
März	42	24	4	11	3
April	37	18	8	4	7
Mai	35	22	4	5	4
Juni	36	22	4	9	1
Juli	39	21	7	9	2
August	26	13	5	6	2
September	35	21	6	6	2
October	16	9	2	3	2
November	26	18	5	1	2
December	28	13	6	7	2
Summa	373	213	55	74	31

Im März floss mithin dem Leichenhause das grösste, im October das geringste Material zu, während die übrigen Monate des Jahres relativ geringe Unterschiede zeigen.

Die folgende Tabelle giebt einen Ueberblick über die «tödtlich verlaufenen Krankheiten».

	Secirt.			Nicht secirt.			
	a	b	c	d	e	f	g
			Summa a+b			Summa d+e	Summa c+f
1. Tuberculosis	61	8	69	31	5	36	105
2. Pneumonia crouposa	26	3	29	4	—	4	33
3. Febr. recurrens	23	3	26	5	—	5	31
4. Maligne Tumoren	11	8	19	1	2	3	22
5. Chronische Erkrankungen der grossen Gefässe und Aneurysmen	6	5	11	2	2	4	15
6. Variola und Variolois	—	2	2	3	8	11	13
7. Nephritis chronica	8	3	11	—	1	1	12
8. Apoplexie	5	1	6	5	—	5	11
9. Erysipelas	3	—	3	—	6	6	9
10. Tod in unmittelbarer Folge von Verletzungen	5	—	5	2	1	3	8
11. Intoxicationen	6	—	6	2	—	2	8
12. Typhus abdominal.	5	1	6	2	—	2	8
13. Emphysema pulm.	4	2	6	1	—	1	7
14. Dysenteria	4	2	6	1	—	1	7
15. Marasm. senil.	2	2	4	3	—	3	7
16. Typh. exanth.	6	—	6	—	—	—	6
17. Gangraena pulm.	3	1	4	1	—	1	5
18. Erkrankungen des Myocards	3	1	4	1	—	1	5
19. Peritonitis	3	2	5	—	—	—	5
20. Endocarditis acuta	1	3	4	—	—	—	4
21. Meningitis traumatica	4	—	4	—	—	—	4
22. Nephrit. diff. acut.	3	—	3	—	1	1	4
23. Caries	3	—	3	1	—	1	4
24. Pleuritis	2	1	3	—	—	—	3
25. Cirrhosis hepatis	3	—	3	—	—	—	3
26. Chron. Klappenfehler	3	—	3	—	—	—	3
27. Diphtheria fauc.	—	—	—	2	1	3	3
28. Stenos. pylori ventr. cicatr.	2	—	2	—	—	—	2
29. Nephritis suppur.	—	2	2	—	—	—	2
30. Hernia incarcerat.	—	1	1	—	1	1	2
31. Gangraena pedis	—	—	—	2	—	2	2
32. Decubitus	1	—	1	—	1	1	2
33. Meningitis cerebrospinalis	1	—	1	—	1	1	2
34. Intermittens	1	—	1	—	—	—	1
35. Ulc. rotund. ventr.	1	—	1	—	—	—	1
36. Progress. pernic. Anämie	—	1	1	—	—	—	1
37. Leucaemia lienal.	1	—	1	—	—	—	1
38. Volvulus	—	1	1	—	—	—	1
39. Placenta praev.	—	1	1	—	—	—	1
40. Febr. puerperal.	—	1	1	—	—	—	1
41. Abscessus hepatis	1	—	1	—	—	—	1
42. Tumor cerebri	—	—	—	1	—	1	1
43. Carbunculus	—	—	—	1	—	1	1
44. Phlegmone	—	—	—	1	—	1	1
45. Myelitis	—	—	—	1	—	1	1
46. Lues	1	—	1	—	—	—	1
47. Tod durch Ertrinken	—	—	—	1	—	1	1
48. » » Verbrennung	—	—	—	—	1	1	1
49. Osteomyelitis	1	—	1	—	—	—	1
Summa	213	55	268	74	31	105	373

Die erste Stelle nimmt, wie überall, die Tuberculose ein, ihr folgt die Gruppe der acuten Infectionskrankheiten, in welcher die Febr. recurrens das grösste Contingent stellte, sodann die genuine fibrinöse Pneumonie, an welche sich die übrigen Krankheiten in recht buntem Wechsel anreihen. In Folgendem werden selbstredend nur die zur Section gelangten Fälle einer näheren Besprechung unterzogen werden.

In den zur Section gelangten 69 Fällen von *Tuberculose* (61 M., 8 W.) musste 57mal die Affection der Respirationsorgane als Todesursache angesehen werden, 4mal war es eine perforative Peritonitis in Folge durchgebrochener Darmgeschwüre, 4mal Meningit. tub., 2mal tuberculöse Peritonitis und je einmal Tuberculose des Harnapparates und tuberculöse Wirbelcaries. Die Zahl der *überhaupt* vorgefundenen phthisischen Veränderungen belief sich auf 90, indem zu den genannten 69 Fällen noch hinzukommen: 1) 5 wegen chron. Phthise in Behandlung befindliche Individuen, die an intercurrenten Krankheiten zu Grunde gingen (2mal Febr. recurr., je einmal Febr. intermitt., fibrinöse Pneumonie und Gangraena pulm.), 2) 16 Fälle, in denen tuberculöse Veränderungen einen nebensächlichen oder rein zufälligen Befund bildeten — hierunter 5mal bei Carcinom. — Eine typische allgemeine acute Miliartuberculose ist nicht beobachtet worden, in sämmtlichen genannten Fällen handelte es sich um chronische Tuberculose. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen (69) betrug 36 bis 37 Jahr, das jüngste Individuum war 16, das älteste 65 J. alt. Bis auf einen der 4 Fälle von Meningit. tub., bei welchem die Lunge als «frei von tuberculösen Veränderungen» notirt ist, war der Respirationsapparat in sämmtlichen Fällen ergriffen. Auf die grossen Verschiedenheiten der path.-anat. Bilder bei den einzelnen Stadien, Verbreitungsarten und Formen der Phthisis tuberculosa pulmon. irgendwie näher einzugehen, unterlasse ich. Abgesehen von älteren *pleuritischen* Schwartenbildungen, Verwachsungen beider Pleurablätter, die, namentlich an der Spitze, kaum in einem Falle fehlten, sowie frischeren fibrinösen Neomembranen fand sich ein *beträchtlicheres* flüssiges pleuritisches Exsudat nur 6mal — 2mal ein rechtsseitiger Pyopneumothorax, je einmal ein rechts- und ein linksseitiges Empyem ohne Luftaustritt und 2mal ein grösserer beiderseitiger serofibrinöser Erguss. Tuberculöse Neubildung, vom miliaren Knötchen bis zum umfangreichen käsigen Zerfall, wurden an der Pleura in allen Stadien beobachtet. Im *Darm* fanden sich tuberculöse Ulcera 81mal, und zwar war 8mal der Dünndarm allein (untere Partien), 6mal der Dickdarm ausschliesslich (Coecum und Col. asc.) und 17mal beide zusammen erkrankt, bei welch' letzteren Fällen Dünn- und Dickdarm gleich häufig als der *vorzugsweise* ergriffene Darmabschnitt erschienen. Bei Miterkrankung des Darmes fanden sich in den Lungen fast jedesmal frischere acute Schübe miliarer Knötchen. Viermal, wie erwähnt, war es zu Durchbruch in die Peritonäalhöhle und jauchig-eitriger perforativer Peritonitis gekommen. Die perforirten Ulcera befanden sich stets im Dünndarm (Ileum). Im ersten Falle waren es 2 Ulcera mit 3 kleinen Perforationsöffnungen, im zweiten 2 ovale, mit ihrer grösseren Axe längsgestellte Geschwüre, von denen das eine ein 5 resp. 4 Ctm., das zweite ein 3 resp. 2 Ctm. Durchmesser haltendes Loch aufwies, durch welches Koth in die Bauchhöhle ausgetreten war. Im dritten Falle fanden sich gar 6 Perforationsöffnungen — 5 im Dünndarm (das grösste Loch 5 Ctm. im Längs-, 2 im Querdurchmesser) und 1 im Coecum (5 Mm.); im letzten Falle endlich handelte es sich um eine 25 Ctm. weite rundliche Oeffnung, 250 Ctm. über der Ileocoecalklappe. Die hier angegebenen Maasse sollen nur andeuten, bis zu welchem Umfange die Zerstörung der Serosa gediehen war; in situ verlegten benachbarte Darmschlingen, entzündliche, neugebildete Massen etc. gewöhnlich den grössten Theil des Loches.

Abgesehen von der perforativen Peritonitis beschränkten sich die Veränderungen des *Peritonäums* meist auf die Bil-

dung der kleinen Serosaknötchen und -stränge an den den Geschwüren entsprechenden Partien. In zwei Fällen, welche sich beide durch eine ungeheure Zahl von Geschwüren auszeichneten, die, gleich unterhalb des Duodenums beginnend, gleichmässig über den ganzen Darm bis in das Rectum hinein dicht gesäet waren, war es zu einem grösseren entzündlichen Exsudat gekommen, in einem Falle 2400, im anderen 1200 Ccm. klarer grünlich-gelber, mit Fibrinflocken untermischter Flüssigkeit — dabei das Periton. parietal. glatt, spiegelnd, die Darmserosa trüb beschlagen. Kleine Ergüsse kamen häufiger vor. Von eigentlicher tuberculoser Peritonitis mit miliaren Eruptionen auch an anderen nicht etwa Geschwüren entsprechenden Abschnitten des Peritonäums gelangten nur 2 Fälle zur Beobachtung. Einmal handelte es sich um partielle Erkrankung des peritonäalen Ueberzugs der rechten Zwerchfellshälfte und des Lig. susp. hepat. mit dichter Knötchenbildung bei Miliartuberculose der Pleura diaphragm. lat. dxt. (44jähriger Mann), das andere Mal fand sich bei einem 51jährigen moribund eingebrachten Manne: in beiden Lungenspitzen einige kleine Käseherdchen inmitten indurirter Knoten, keine Cavernen; sehr dichte Durchsetzung des lebhaft dunkelrothen Lungengewebes mit miliaren und submiliaren Tuberkeln; in der Bauchhöhle 2000 Ccm. eines serös-eitrigen Exsudates; auf dem stark gerötheten Peritonäum, besonders des Mesenteriums und der Nierengegenden, zahlreiche miliare Knötchen, ebenso auf der Leberkapsel, dabei Cirrhosis hepatis hypertrophica, Milztumor, im Dünndarm einige wenige kleine Ulcera, Mesenterialdrüsen einfach geschwellt. In den übrigen Organen keine makroskopisch erkennbaren tuberculösen Veränderungen.

Ein 33jähr. Mann bot neben käsiger und fibröser Peribronchitis, Cavernen und zahlreichen Miliartuberkeln in den Lungen, geschwürigen Processen im Darm, den Befund einer weit vorgeschrittenen *tuberculös-käsigen Veränderung fast des gesammten Harnapparates*: In beiden vergrösserten Nieren sehr zahlreiche apfelkern- bis nussgrosse gelbe Käseknoten, die grösseren central erweicht; im oberen Theil der rechten Niere eine gut kirschgrosse Vomica, hellgelbe mit Käsebrocken untermischte Flüssigkeit enthaltend; Kapsel an Stelle der Knoten fest adhärent, so dass ein Theil der letzteren beim Abziehen haften bleibt; Nierenbecken dilatirt, die Ureteren in derbe harte Stränge von 1 Cm. Durchmesser verwandelt, die Harnblase in ihren Wandungen diffus verdickt, die Schleimhaut sämmtlicher letztgenannten Theile in trockene, brüchige, von zahllosen Furchen und Rissen durchzogene Käsemasse verwandelt, die übrigen Theile der Ureterenwandung, zu schwieligem derbem Gewebe entartet, besitzen eine Dicke von 4 Mm.; Lumen sehr stark verengt, mit Käsebrocken reichlich erfüllt. In der Pars membranac. urethrae hören die Veränderungen wie abgeschnitten plötzlich auf; Hoden, Samenstränge, Samenbläschen, Prostata völlig normal.

Bei einem 52jähr. Manne, der in den Lungen käsige Peribronchitis, Spitzencavernen und herdweise Gruppen miliarer Tuberkel darbot, fanden sich an der oberen Fläche des linken *Leber*lappens zwei gut bohnengrosse *solitare Käseknoten*, gegen das umgebende Leberparenchym durch eine zarte Bindegewebshülle abgegrenzt und mit dem Zwerchfell durch je einen zarten bindegewebigen Strang von 5 Cm. Länge verbunden, welche sich zwischen unterer Zwerchfellfläche und dem die Knoten überziehenden Theile der Leberkapsel hinüberspannte. Miliare Knötchen weder in diesen Membranen, noch in der Leberkapsel, Leberparenchym oder dem Peritonäum diaphragm. Es war dieses zugleich der einzige Fall von hochgradiger Tuberculose der Pharynxschleimhaut.

Der Fall von *tuberculöser Wirbelcaries* betraf ein 21jähr. Individuum, welches seit seiner Kindheit eine hochgradige Kyphose der Rückenwirbelsäule herumtrug. Die Körper der 5 untersten Rückenwirbel waren hochgradig zerstört und hatte sich ein langgestreckter Abscesssack gebildet, welcher flach der vorderen Seite der Pars dorsalis und lumbal. der Wirbelsäule auflag. Senkungsabscesse an der hinteren Fläche beider Oberschenkel; Caries des linken horizontalen Schambeinastes; in den Lungen nur ein indurirter narbiger Knoten in der Spitze des rechten Oberlappens. (Fortsetzung folgt.)

Die Pflichten und Rechte der Aerzte.

Ethische, von der Warschauer medicinischen Gesellschaft angenommene Regeln.

(Fortsetzung.)

II. Die gegenseitigen Beziehungen der Aerzte.

A. Aerztliche Consultationen.

30) Jeder diplomirte Arzt hat ein unveräusserliches Recht, an einer Consultation Theil zu nehmen, es sei denn, dass er seine Zugehörigkeit zu einer von der Wissenschaft nicht anerkannten medicinischen Secte offen erkläre.

31) Während der Berathung muss selbst der Schein von Rivalität vermieden werden, es soll im Gegentheile Offenheit, Wahrhaftigkeit und Zartgefühl zwischen den Collegen herrschen.

32) Die Unterredung der Aerzte muss in einem besonderen Zimmer ohne Zeugen stattfinden.

33) Nach geschlossener Berathung wird dem Kranken oder seiner Umgebung das Nöthige vom behandelnden Arzte mitgetheilt, falls dieser selbst nicht den Consultanten zum Reden auffordert. Nehmen an dem Consilium mehrere Aerzte Theil, so müssen diese sich darüber verständigen, wer von ihnen die Mittheilung machen soll.

34) Die Aerzte müssen zur angesetzten Zeit auf der Consultation erscheinen und dürfen nicht verspäten. Der behandelnde Arzt braucht nur 10 Minuten auf den Consultanten zu warten, worauf er verfahren kann, als ob von einer Berathung überhaupt nicht die Rede gewesen wäre; seinerseits hat der Consultant das Recht, wenn er 10 Minuten lang vergeblich gewartet hat, dem behandelnden Arzte seine Ansicht in einem versiegelten Briefe zu hinterlassen, darf aber nur im äussersten Falle dem Kranken einen Rath geben.

35) Abweichende Ansichten während der Berathung müssen geheim gehalten werden. Ist beim Consilium Einstimmigkeit erzielt worden, so darf keiner der anwesenden Aerzte verrathen, dass er anderer Meinung gewesen sei; ist keine Uebereinstimmung zu Stande gekommen, so muss der bei seiner Ansicht verharrende College in Gegenwart des anderen Arztes dem Kranken oder seiner Umgebung eine Erklärung abgeben und kann dann der Consultant auf Wunsch des Kranken die Behandlung übernehmen.

36) Der hinzugerufene Arzt darf durch sein Benehmen das Vertrauen des Kranken zum behandelnden Arzte nicht erschüttern, er soll sich nicht allzusehr (?) um den Kranken bekümmern und diesen nicht ohne Vorwissen des Collegen besuchen.

37) Der Vorschlag zu einer neuen Berathung kann von dem behandelnden Arzte oder von den Angehörigen des Kranken ausgehen.

38) Ein zur Theilnahme an einer Operation aufgeforderter Arzt kann sich weigern, wenn der Fall nicht dringlich ist und ein anderer Arzt eingeladen werden kann. Hat er aber zugestimmt und ist er beim Kranken mit dem behandelnden Arzte erschienen, so darf er ohne Zustimmung des Collegen selbst nicht operiren. Liegt aber eine unaufschiebbare Operation vor, so darf der aufgeforderte Arzt seine Mitwirkung nicht versagen, doch bleibt die Wahl des Operirenden dem Kranken oder dessen Angehörigen freigestellt.

39) Der zu einer Geburt gerufene Accoucheur soll bereitwillig den Collegen bei seinen Verrichtungen unterstützen, den er bei der Kranken eventuell schon vorfindet, selbst operiren darf er nur auf den Wunsch des Collegen oder der Angehörigen des Kranken.

In den Fällen, von welchen §§ 38 u. 39 handeln, sollen die Aerzte sich nach § 6 richten.

B. Beziehungen zu den Kranken anderer Aerzte.

40) Hinsichtlich der Kranken anderer Collegen soll der Arzt die Grenzen einer einfachen Bekanntschaft mit jenen nicht überschreiten, er soll nicht von der Krankheit sprechen, die Behandlung nicht beurtheilen und im Allgemeinen das Vertrauen des Kranken zum behandelnden Arzte nicht schwächen.

41) Der Arzt, welcher einen Kranken eines anderen Arztes übernimmt, verstösst nicht gegen die Regeln der Collegialität, wenn er sich aus Gewissenhaftigkeit zu erfahren bemüht, ob sein Vorgänger den Kranken noch weiter behandelt, in keinem Falle darf er gleichzeitig und ohne Vorwissen des Collegen einen und denselben Kranken behandeln.

42) Der zu einem, bereits von einem anderen Collegen behandelten Kranken hinzugerufene Arzt soll, wenn der Fall nicht dringend ist, auf einer Zusammenkunft mit dem Collegen bestehen, in schweren Fällen soll er die nöthige Hülfe leisten und dem anderen Collegen Mittheilung über die von ihm angewandten und (etwa) abgeänderten Mittel machen.

43) Geht der erste Arzt auf die vorgeschlagene Berathung nicht ein, so wird dem Kranken die Wahl des Arztes freigestellt und darf der zweite Arzt nur dann die weitere Behandlung übernehmen, wenn der erste den Kranken nicht mehr besucht.

44) Der den Collegen ersetzende Arzt darf beim Kranken nie eine unvortheilhafte Ansicht über seinen Vorgänger aufkommen lassen.

45) Der in Abwesenheit des Collegen zum Kranken gerufene Arzt hat sich als zeitweiliger Stellvertreter zu betrachten und darf den Kranken, nachdem der frühere Arzt ihn wieder besucht hat, nicht mehr aufsuchen, ausser nach einer von ihm gemachten Operation, aber auch dann, wenn irgend möglich, in Gegenwart des Collegen. In allen ernsten Fällen soll aber der Arzt seinen gewesenen Stellvertreter zur Berathung hinzuziehen.

46) Treffen in einem aussergewöhnlichen Falle mehrere Aerzte bei einem Kranken zusammen, so haben sie ein Consilium zu veranstalten; operiren, wenn nöthig, und weiter behandeln kann nur der Arzt, welcher von dem Kranken oder dessen Umgebung gewählt wird. Hat aber der zuerst eingetroffene Arzt bereits seine Verordnung gemacht, so haben die andern aller Rathschläge sich zu enthalten.

(NB. Hier ist die wichtige Bestimmung ausgelassen, dass logischerweise ein jeder der aufgeforderten Aerzte für die verlorene Zeit und Mühe entschädigt werden muss.)

47) Der vom Kranken oder vom Collegen zu einer zeitweiligen Behandlung aufgeforderte Arzt kann sich als vollberechtigter Nachfolger des früheren Arztes betrachten.

48) Ist der Kranke, sei es Krankheits oder Abreise halber, von seinem Arzte verlassen worden, und wird ein anderer Arzt aufgefordert nicht nur zeitweilig zu behandeln, so wird dieser zum wirklichen behandelnden Arzte und hören die Beziehungen des Kranken zu seinem früheren Arzte auf.

C. Reclame.

49) In allen seinen Ankündigungen darf der Arzt ausser seinem Namen nur noch seine Specialität und seine Sprechstunde angeben; mehrere Wiederholungen solcher Anzeigen tragen den Charakter der Reclame an sich, selbst wenn es sich auch nur um die Annahme von Kranken in Ambulatorien und ähnlichen Anstalten handelt.

50) Die Anzeige von unentgeltlicher Behandlung darf nur in Verbindung mit einer bestimmten Sprechstunde geschehen; der Arzt darf weder seine Karten, noch Affichen mit Reclamen herumschicken.

51) Der Arzt darf keinen schriftlichen Rath geben, ohne den Kranken untersucht zu haben und nicht nach einer Verständigung mit einem (bestimmten) Apotheker mit geheimen Zeichen etwas verschreiben, auch darf er keine geheime oder fingirte, in wissenschaftlichen Werken nicht vorhandene Mittel verordnen; er darf auch seine Kranken persönlich nicht mit Arzeneien versorgen oder den Verkauf derselben einem bestimmten Apotheker auftragen.

52) Der Arzt darf keine pseudopopulären Broschüren schreiben, verkaufen oder versenden, welche die Zeichen und Behandlung gewisser Krankheiten beschreiben. [Dieser § bezieht sich nicht auf kurzgefasste Anweisungen des Verfahrens in aussergewöhnlichen Fällen und in Abwesenheit des Arztes.]

53) Der Arzt soll die Verbreitung von lobenden Urtheilen über seine eigenen Curen in der nicht medicinischen Presse nicht begünstigen (aber wohl in medicinischen Zeitungen?).

54) Der Arzt soll dem Kranken nicht erlauben, Danksagungen für von ihm gemachte erfolgreiche Curen in den Zeitungen abdrucken zu lassen, soll auch (von den Kranken) keine Zeugnisse über gelungene Operationen einsammeln.

55) Der Arzt soll keine Zeugnisse über die Wirksamkeit gewisser Arzneimittel oder Mineralwässer ausstellen.

D. Conflicte zwischen Aerzten.

56) Conflicte zwischen Aerzten während der Ausübung ihrer medicinischen Thätigkeit müssen durchaus vor ein Schiedsgericht gebracht werden, das zum grössten Theile aus Aerzten bestehen muss (warum nicht nur aus Aerzten?). Das Object (des Conflictes) und das Resultat der Berathung müssen vom Schiedsgerichte geheim gehalten werden, wenn nicht dasselbe eine Veröffentlichung des Urtheils beschliesst.

57) Folgt ein College, der wegen eines Conflictes vor ein Schiedsgericht geladen ist, der Aufforderung nicht, so hat der Kläger das Recht, sich an das gewöhnliche Gericht zu wenden, ohne der Collegialität zu nahe zu treten, wenn 3 Mitglieder des Schiedsgerichtes einen solchen Schritt gut heissen.

(NB. Hier fehlt die Angabe über den Modus, wie das Schiedsgericht zusammengesetzt werden und wer die Richter wählen soll.)

58) Die Redactionen medicinischer Zeitschriften sollen den Collegen gegenüber unparteiisch sein und jedem in einer Zeitung angegriffenen Arzte die Gelegenheit bieten, in demselben Blatte antworten zu können.

59) Fällt die Antwort ihrer Form oder ihres Inhaltes wegen nicht befriedigend aus, so wenden sich beide Theile an die Vermittelung eines Schiedsgerichtes. (Schluss folgt).

Referate.

J. Christmas-Dirckinck-Holmfeld: Experimentelle Untersuchungen über den Bau der Regio olfactoria. (Nord. med. arkiv. Bd. XV № 3).

Verf. hat seine Untersuchungen an der Rana esculenta angestellt und bestätigt im Wesentlichen die von M. Schultze gemachten Angaben in Betreff des feineren Baues der Riech- und Stützzellen der reg. olfactoria. Einen Zerfall der unteren fadenförmigen Fortsätze der Riechzellen hat Ch. nicht nachweisen können, ebensowenig einen Zusammenhang der fadenförmigen Fortsätze mit den ihnen ganz ähnlichen feinsten Nervenfasern der Reg. olfactoria. Ch. stellte seine Versuche nur im Sommer an, weil der Stoffwechsel bei der Rana esculenta im Winter so verlangsamt ist, dass Veränderungen in den Zellen der Reg. olfact. nach Entfernung des Bulb. olfact. nur sehr langsam eintreten. Im Sommer beginnen 3—4 Wochen nach Entfernung des Bulb. olfact. die Veränderungen in den Riechzellen deutlich zu werden. Man bemerkt in den Riechzellen Körnchen und Fetttropfen, sowohl in den Ausläufern, als auch im Kern der Zellen, dann schwindet erst der obere und später der untere Fortsatz und zugleich werden die Contouren des Kerns und der Zellen undeutlich und schliesslich gehen die Zellen ganz zu Grunde. An den Stützzellen hat Ch. bei der Rana esculenta garkeine Veränderungen wahrnehmen können.

Ausser an Fröschen hat Ch. auch an Cavia cobaya (Meerschweinchen) Experimente angestellt. Die Veränderungen gehen hier viel rascher vor sich und sind nach einem Monat schon beendet. Die Veränderungen sind im Wesentlichen dieselben wie bei den Fröschen, nur bemerkte Ch. hier in den Nerven dieselben Veränderungen wie in den Riechzellen und ausserdem in späterer Zeit auch Körnung und Atrophie der Stützzellen. Diese letztere Erscheinung hält Ch. für eine Folge des Unterganges der Riechzellen, weil die Stützzellen dadurch ausser Function gesetzt werden. Ob die Stützzellen schliesslich auch vollständig zu Grunde gehen hat Ch. nicht entscheiden können, weil dazu jahrelange Beobachtung der operirten Thiere gehört. Fr.

Prof. Nothnagel: Ueber Rückenmarksabscess. (Wien. med. Blätter № 10 1884).

Ein Kranker mit Bronchiektasien leidet in der letzten Zeit an doppelseitigem Gürtelgefühl, completer Blasenlähmung und completer Paraplegie beider Unterextremitäten. Anaesthesie bis zur oberen Bauchhälfte, aufgehobene Reflexe.

Darauf hin stellte N. die, wie er selber sagt «kühne» Diagnose; Myelitis acutissima mit *eitriger* Zerstörung. Die Section bestätigte dieselbe, ergab jedoch ausserdem noch multiple Hirnabscesse und eitrige Cerebrospinalmeningitis, die keinerlei intravitale Erscheinungen gemacht.

Zur Annahme einer Abscessbildung im Rückenmark, welche bisher nur nach Traumen beobachtet worden ist, brachten Verf. die schon mehrfach gemachten Beobachtungen über ein Nebeneinandergehen von Gehirnabscessen mit Bronchiektasien die auf einen Causalnexus zwischen beiden Krankheiten hinwiesen. Für den gegebenen Fall glaubte er das Rückenmark in eine ähnliche Verbindung mit der Bronchiektasis bringen zu müssen, was ja auch, wie die Section ergab, seine Berechtigung hatte. Den Umstand, dass Bronchiektasien so häufig zu Abscedirungen im Centralnervensystem führen (wohl auf dem Wege der Embolie) während die anderen Organe, die sonst so leicht bei embolischen Vorgängen in Mitleidenschaft gezogen werden, hierbei intact bleiben, erklärt N. aus einer besonderen Affinität der betreffenden Organe zu dem «bronchiektatischen Gift», nach der Analogie, wie eine solche Affinität beim Typhusgift für den Darmkanal existirt. —s.

C. Ewald: Die Neurasthenia dyspeptica. (Berlin. klinische Wochenschr. 1884. № 21 u. 22).

Zu dem auf dem dritten Congress für innere Medicin von Leube über die von ihm sogenannte nervöse Dyspepsie gegebenen Referat hat Ewald als Correferent einen längeren Vortrag hinzugefügt, in welchem er seine abweichende Auffassung dieser Erkrankung auseinander setzt und motivirt. Leube hat das Verdienst die nervöse Dyspepsie als ein Leiden sui generis aus dem breiten Kapitel der chronischen Magencatarrhe abgesondert zu haben, und hält dieselbe für ein apartes Leiden der die Magenverdauung regulirenden Nerven des Magens. E. macht nun darauf aufmerksam, dass sich neben den Symptomen der gestörten Magenverdauung stets auch Zeichen einer fehlerhaften Darmfunction — Obstipation oder diarrhoïsche Zustände, gestörte Resorption im Darm, Visceralneuralgien, Flatus etc. — geltend machen und folgert daraus, dass die nervöse Verdauungsstörung *den ganzen Intestinaltractus* betrifft, jedoch mit der Maassgabe, dass bald mehr der Magen, bald mehr der Darm afficirt ist. Da nun der nervösen Dyspepsie fast immer Symptome einer allgemeinen Nervosität vorangehen und sich ihr beigesellen, so ist E. im Gegensatz zu Leube der Ansicht, dass es sich dabei weniger um eine in der Peripherie gelegene krankhafte Störung der Magen- und Dammnerven als um ein *Centralleiden* handle, welches seinen Ausdruck in einer abnormen Function und Reaction der peripheren Nerven findet. Er sieht also diese dyspeptischen Zustände, welche sich durch das Fehlen jeglicher krankhafter Structurveränderungen der Schleimhaut und der Musculatur des Verdauungstractus characterisiren, als den Ausdruck einer allgemeinen Nervenschwäche, einer Neurasthenie an und vindicirt ihnen, wie man sieht, nur mehr eine symptomatische Bedeutung. Dem entsprechend schlägt er für dieselbe den Namen «*Neurasthenia dyspeptica*» vor statt des bisher gebräuchlichen «Dyspepsia nervosa».

Die Diagnose ist immer erst nach längerer Beobachtung zu stellen, wenn alle auf eine Besserung des supponirten Magencatarrhes abzielenden therapeutischen Maassnahmen fehlgeschlagen sind und sonstige anamnestische oder noch vorhandene Zeichen von Nervosität den Verdacht des Arztes auf die richtige Bahn lenken. Am charakteristischesten für die dyspeptische Neurasthenie ist noch, dass das Erbrechen weniger von der Nahrungsaufnahme abhängig ist, als beim echten Magencatarrh, und dass sich häufig, ähnlich wie bei Hysterischen, typische schmerzhafte Druckpuncte im Abdomen in der Gegend des Plexus coeliacus (Epigastrium), des Plexus aorticus (Nabelgegend) und des Plexus hypogastricus superior (zwischen Nabel und Symphyse) vorfinden. Die Therapie ergiebt sich aus dem Wesen der Neurasthenie eigentlich von selbst. Brunnencuren in Karlsbad und Marienbad sind fast stets nutzlos, — viel wichtiger ist es den Kranken, wo es angeht, aus etwaiger aufreibender körperlicher und geistiger Thätigkeit heraus zu reissen und für passende geistige Diätetik zu sorgen. Hinzuzufügen sind gymnastische Uebungen und hydrotherapeutische Proceduren, reizlose blande Diät. Als Nervina kann Chinin und Arsen, vielleicht auch Phosphor, symptomatisch Bromkalium verordnet werden. Von der Elektricität erwartet E. keinen besonderen Nutzen. D—o.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Sigismund: Die Aromata in ihrer Bedeutung für Religion, Sitten, Gebräuche, Handel und Geographie des Alterthums bis zu den ersten Jahrhunderten unserer Zeitrechnung. Leipzig, Winter 1884. VI. 234.

Eine mit bewunderungswürdigem Fleisse gut zusammengestellte, grösstentheils auf eigener Forschung beruhende Darlegung unserer Kenntnisse über die von den Völkern des Alterthums benutzten Wohlgerüche. Ihre Abstammung, ihre Bereitung, ihre Aufbewahrung sind mit der grössten Sorgfalt beschrieben und gestattet leider die Art des Stoffes selbst und die vielen philologischen und historischen Auseinandersetzungen des Verfassers keinen Auszug aus dem Buche, das wir hiermit den Liebhabern solcher historischen Materien aufs Wärmste empfehlen; der Verfasser scheint zu den wenigen Aerzten zu gehören, welche ihre, in der Jugend erhaltene klassische Bildung auch im späteren Alter, trotz praktischer Beschäftigung in ihrem Berufe, weiter entwickeln. Hz.

Protokoll der Festsitzung der Gesellschaft der Marine-Aerzte in Kronstadt zur Feier ihres 25-jährigen Jubiläums. Kronstadt 1884. 63 pag. Russisch.

Bekanntlich fand am 7. Februar d. J. das Jubiläum des Vereines der Kronstädter Marineärzte statt. Nunmehr liegt ein ausführlicher gedruckter Bericht über den Verlauf der Feier vor, in welchem, ausser den gehaltenen Reden in kurzen Zügen ein geschichtlicher Ueberblick über die Thätigkeit während der 296 Sitzungen der verflossenen 25 Jahre gegeben wird. Hieraus ergiebt sich, dass in den Sitzungen nicht nur Specialfragen der Marineärzte behandelt werden, sondern auch ein reiches, casuistisches Material ist hier verarbeitet und discutirt worden. Leider ist die geschichtliche Skizze nur sehr kurz und ist nicht angegeben, wo man Genaueres über die verschiedenen oft äusserst werthvollen Mittheilungen nachlesen kann. Es ist jedenfalls erfreulich, wenn ein Verein über seine durchlebten 25 Jahre sich selbst und der Allgemeinheit Rechenschaft ablegt. Der vorliegende Bericht bietet in derselben Weise, wie der in diesem Frühling, anlässlich des Jubiläums des Vereines Petersburger Aerzte herausgegebene, einen Beitrag zur Geschichte der Medicin in Russland. P.

Vermischtes.

— Auf den Stationen der Warschau-Terespol-Eisenbahn sind Bekanntmachungen «общества послѣдователей гомеопатіи» (Homöopath. Gesellschaft) angeklebt worden. Es werden da verschiedene specifische Heilmittel gegen Typhus, Diphtherie, Cholera u. s. w. angeboten und gepriesen. Es ist höchst auffallend, dass so eine Reclame von der Eisenbahndirection erlaubt und von den dortigen Aerzten tolerirt wird! (Gaz. lek. № 29.)

— In Brit. med. Journ. Febr. 1884 p. 281 wird auf Cider als prophylaktisches Mittel gegen Steinkrankheit hingewiesen, ebenso gegen Obesitas.

— Nach Dr. Daniel aus Texas sollen Kinder das Chinin anstandslos einnehmen, wenn es mit rohem Eiweiss bedeckt wird.

— Nach Dr. Holt lindert 1 Tropfen des Extr. fluidum Gelsemini die Nachwehen, wenn andere Anodyna fehlschlagen.

— Dr. Forrest bestreicht seine phthisischen, stark Nachts schwitzenden Kranken, während sie im Bette liegen mit folgender Mischung: Rp. Zinci sulfurici gr. IV, Tinct. Belladonna ℨj, Aquae ℨj; er hat sehr guten Erfolg von dem Mittel gesehen. (Medical Bulletin May 1884.)

— *Neue französische med. Werke.* Anlässlich der kürzlich erschienen «histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs» von J. M. Guardia finden wir einige interessante Notizen über den Lehrstuhl der Geschichte der Medicin in Paris in der «France médicale» (№ 52, tome I). Im Jahre III der ersten Republik wurde derselbe gegründet, wurde zuerst von Mahon und dann von Goulin eingenommen, welcher 1799 starb. Ihm folgte Cabanis, welcher jedoch die Lehrthätigkeit aufgab und 1808 als Senator starb. Darauf verschwand der Lehrstuhl der Geschichte der Medicin, um erst 1870 wieder aufzutauchen. Unter den 4 bis jetzt angestellt gewesenen ist Daremberg hervorzuheben, welcher ebenfalls, wie sein jetziger Nachfolger Guardia, sich durch ein tüchtiges, viel citirtes Werk «Geschichte der Medicin» ausgezeichnet hat.

Ein anderes Buch von Interesse ist die jüngst erschienene «*Géographie médicale*» von Dr. Bordier, Professor der med. Geographie an der anthropologischen Schule in Paris, welches besonders unseren Marineärzten von grossem Nutzen sein kann. Besonders eingehend behandelt B. die Einflüsse der verschiedenen Klimata und der aussereuropäischen Parasiten.

Ueberhaupt macht sich in der medicinischen Literatur Frankreichs eine erfreuliche Rührigkeit bemerkbar. P.

— Dr. Cameron (Liverpool) hat im Verlaufe von 2 Jahren einen orangegrossen Kropf mit Fluorwasserstoffsäure fast zu völligem Schwinden gebracht, er gab Anfangs 15, später 45 Tropfen zwei Mal täglich (worin?). (Medic. Press and Circular June 11. 1884.

— Senier (Pharmac. Journ. and Transact. Dec. 8. 1883, p. 446) hat das *Crotonöl* untersucht. Es giebt mit gleichen Theilen Alcohol von 0,800 spec. Gew. eine klare Mischung, bei weiterer Verdünnung mit Alcohol scheidet sich ein, in Alcohol nicht mehr löslicher Theil aus, welcher purgirend wirkt, während der gelöst gebliebene Theil Blasen zieht. Dieses Oel ist braun, enthält bei 15°,5 C. Krystallnadeln, welche sich bei höherer Temperatur lösen, reagirt sauer, hat ein spec. Gew. von 0,987, schmeckt brennend und hat den charakteristischen Geruch nach Crotonöl. Das blasenziehende Oel wurde der Verseifung unterworfen; den freien Fettsäuren kommt die blasenziehende Eigenschaft nicht zu, wohl aber den, durch Verseifung des neutralen Oels und nachherige Abscheidung erhaltenen Fettsäuren. Somit sind die in dem blasenziehenden Theile des Crotonöls befindlichen, gebundenen nicht flüchtigen Fettsäuren als Vesicantien anzusehen.

Es wäre vielleicht von praktischer Wichtigkeit, für den therapeutischen Erfolg das Crotonöl in seine Componenten zu zerlegen, die drastische Wirkung würde dadurch eine gefahrlosere, die blasenziehende eine raschere werden. (Berlin klin. Wochenschr. 1884, № 28.)

— Dr. Chute (South. African Med. Journ. № 2 1884) empfiehlt gegen Menorrhagie das flüssige Extract von Hamamelis virginica zwei bis drei Mal täglich zu einem halben Theelöffel voll. Das Mittel soll die Blutung sofort stillen und bei Dysmenorrhöe die Schmerzen rasch heben. (New-York Medic. Record June 7, 1884.)

— Dujardin in Lille (Recueil d'Ophthalmol. June 1884) empfiehlt gegen Trachom folgende Sublimatlösung: Rp. Hydrargyri bichlorati 1,0, Alcoholis 10,0, Aquae destillatae 240,0, welche 2—3 Mal wöchentlich mit einem Haarpinsel auf die Conjunctiva des umgekehrten Lides aufgestrichen wird. Die von Sattler gebrauchte Lösung von 1 : 20,000 und die von Poerchel 1 : 10,000 sind nach ihm zu schwach; in frischen Fällen zieht D. Höllenstein vor. (New-York Medic. Record May 31. 1884.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 12. August 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2183	1486	3669
Kinderhospitäler	106	82	188
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	150	50	200
Scharlach	6	8	14
Pocken	0	6	6
Venerische Krankheiten	311	361	672

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 5.—11. August 1884 besucht von 2226 Kranken, darunter zum ersten Mal von 961.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs für die Woche vom 12. bis 18. August 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
259	198	457	106	40	58	12	4	18	54	28	37	38	31	23	4	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 5, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 3, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, acute Entzündung der Athmungsorgane 50, Lungenschwindsucht 72, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 85, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 33, Marasmus senilis 20, Cachexia 23.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2, Mord 1.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	27 Juli—2 Aug.	181 732	67	3	18,3	4,4	34,3
Kopenhagen	30 Juli—5 Aug.	267 000	113	12	22,0	10,6	41,3
Berlin	3—9 August	1 225 065	836	73	35,5	8,7	35,5
Wien	3—9 August	759 849	316	7	21,6	22,1	35,6
Brüssel	27 Juli—2 Aug.	171 293	71	8	21,6	11,3	33,7
Paris	1—7 August	2 239 928	1080	107	25,1	9,0	29,0
London	3—9 August	4 019 361	1624	188	21,0	11,5	28,6
St. Petersburg	**10—16 August**	**928 016**	**482**	**67**	**27,0**	**13,7**	**25,6**

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den Central-Annoncen-Expeditionen in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect № 14.

Дмитріевъ. Кефиръ. Лѣчебный напптокъ изъ коровьяго молока. 3-е изданіе. 1884. 60 коп., съ пересыл. 75 коп.

Фойтъ. О причинахъ отложенія жира въ животномъ организмѣ. 1884. 40 коп., съ пер. 50 коп.

Эбштейнъ. Тучность и ея лѣченіе на физіологическихъ основахъ. 1884. 1 р., съ пер. 1 р. 15 коп.

Bonnet. Kurzgefasste Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung thierischer Gewebe. 1884. 90 Kop.

Lucae. Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörsempfindungen. 1884. 75 Kop.

Pfeiffer. Ueber Vaccine und Variola. 1884. 60 Kop.

Messerer. Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1884. 1 Rbl. 80 Kop.

Preyer. Specielle Physiologie des Embryo. 3. Lief. 1884. 2 Rbl. 40 Kop.

Roth. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 9. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1883. 3 Rbl. 60 Kop.

Goldene Medaille für Verbandstoffe und Frucht-Extracte.

Moskau 1882.

Das

chemische Laboratorium

von

J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,

empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly, Cambric, Jute, Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte, Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung;

übernimmt die Ausführung:

von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;

von sämmtlichen **Zerkleinerungsarbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 143 (2)

VERBAND ODER NABELBINDE

$12^1/_2$ Ctm. breit kostet pro Meter 15 Pfg. und wird in beliebigen Längen geliefert. Die Zweckmässigkeit und Güte bei dem billigen Preise ist vielfach anerkannt. Versandt gegen Nachnahme oder vorh. Eins. der Cassa.

151 (1) Hochachtungsvoll

Eduard Stern, Köln

Friesenstrasse 78 am Hohenzollernring.

Einem **Arzte** oder **Apotheker** ist gegen einmalige **Bezahlung** Gelegenheit geboten, eine seit 10 Jahren mit den besten Erfolgen betriebene **Specialität** zu erwerben, womit nachweisbar **jährlich viele Tausende** zu verdienen sind. Die dankbarsten Atteste aus allen Ständen stehen zur Verfügung. Briefe in **deutscher** oder **französischer** Sprache befördert die **Annoncen-Expedition von Haasenstein & Vogler in Mainz unter H. 111.** 156 (2)

In der Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 ist vorräthig:

REAL-ENCYCLOPÆDIE

der

GESAMMTEN HEILKUNDE.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHES HANDWÖRTERBUCH

für

PRAKTISCHE ÆRZTE.

Herausgegeben von Prof. Dr. **A. Eulenburg.**

15 Bände, gebunden 1880—1883. 157 Rbl. 50 Kop.

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband,**

Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen. chirurgische Bestecke und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (28)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.



Mattoni's Giesshübler

P. 109 **REINSTER ALKALISCHER SAUERBRUNN.** (4)

Bestes Tisch- und Erfrischungs-Getränk,

erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen- und Blasen-Catarrh.

Preis per Flasche 40 Kop.

In Kisten von 50 Fl. mit Zustellung ins Haus 18 Rbl.

HEINRICH MATTONI, Karlsbad (Böhmen).

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, **St. Petersburg**, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig** in **Moskau**, Stoleschnikow-Per., H. Nikiforow.

---

30 **Kurort Ober-Salzbrunn**

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des **„Ober-Brunnens“** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des **„Mühl-Brunnens“** zu jeder Zeit. **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.**

Verlag von **F. C. W. Vogel** in Leipzig.

Soeben erschien:

v. Ziemssen's Handbuch

der

Hautkrankheiten

II. Hälfte

bearbeitet von

Prof. **E. Schwimmer** und Dr. **V. Babes** in Budapest, Dr. **P. Michelson** in Königsberg, Dr. **E. Lesser** in Leipzig, Dr. **E.** und Dr. **Th. Veiel** in Canstatt, Dr. **A. Weyl** in Berlin und Prof. **E. Geber** in Klausenburg.

gr. 8. Mit 55 Abbildungen. 14 Mark.

Preis der I. Hälfte = 14 Mark

(Mit dieser Abtheilung schliesst das grosse **v. Ziemssen'sche Handbuch** ab).

Das Generalregister zu Band I—XVI wird Ende d. J. erscheinen. 155 (1)

Elektromedicinische APPARATE.

Inductions- und constanter Strom, Galvanokaustik lt. Beschreibung in den besten Werken, liefert unter Garantie prompter Bedienung und billigen Preisen. 154 (1)

GUSTAV BAUR,

Elektrochemische Fabrik, Stuttgart.

---

74 **Heilanstalt** für (1)

NERVENKRANKE

zu Bendorf am Rhein.

Geeignet für Rückenmarkskr., Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, Reconvalescenten etc. **Mod. — langsame Morphiumentziehung. Wasserkur. Elektrotherapie. Dr. Erlenmeyer.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 24 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 35. **St. Petersburg, 1. (13.) September** **1884.**

Ueber die fehlerhafte Drehung der Schultern und des Kopfes bei Scheitellage der Frucht.

Von

J. M. Ssyromjatnikow.

(Fortsetzung).

Indem wir die beiden letzten Schlussfolgerungen vergleichen, sehen wir:

B) dass bei fehlerhafter Drehung, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, die Schultern in den Beckeneingang in den, den Früheren, entgegengesetzten schrägen Durchmessern eintreten; wenn das Hinterhaupt aber nach hinten gewandt in denselben; zur Symphyse dreht sich immer die nach hinten gelagerte Schultern zu; die Drehung der Schultern beträgt 90° bis 180°.

Anmerkung: Dieses pflegt, wie wir gesehen haben, immer in den Fällen vorzukommen, wo das Hinterhaupt unter der Symphyse hervortritt. Bei 1. und 2. Scheitellage, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, (nicht aber wenn es nach hinten gekehrt), ist auch noch folgender Fall möglich, nämlich dass die Schultern nicht in den entgegengesetzten, sondern in den früheren schrägen Durchmessern eintreten können, wobei sie sich um 180° und nicht um 90° drehen. Dieses führt zu einer anderen Anomalie des Geburtsmechanismus, da in diesen Fällen das Hinterhaupt nicht unter der Symphyse durchschneiden, sondern sich über das Perinäum wälzen wird. So werden z. B. bei 1. Scheitellage die Geburten so verlaufen, wie sonst bei 2. Scheitellage, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt, wo Letzteres die Drehung nach vorne nicht vollführt. Dasselbe findet, nur in umgekehrter Weise, bei der 2. Scheitellage statt, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt. Eine solche fehlerhafte Drehung der Schultern, die Spiegelberg [4]) für möglich hält und sie als Ueberdrehung bezeichnet, kann nach unserer Meinung als eine Summirung von 2 Anomalien betrachtet werden: einerseits findet hier eine fehlerhafte Drehung der Schultern statt, wenn dieselben z. B., sich um 90° drehend, die 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn) in die 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn) verwandeln, und andererseits, um weitere 90° in derselben Richtung sich drehend, die 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn) in die 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) verwandeln.

Vergleichen wir ferner die Schlüsse II und 2, so sehen wir, dass bei der fehlerhaften Drehung, nachdem das Hinterhaupt unter der Symphyse hervorgetreten, bei beiden Arten der ersten Scheitellage die Schultern stets in denselben ersten schrägen Durchmesser eintreten, in welchem sie bei normalem Geburtsmechanismus in den beiden Arten der 2. Scheitellage einzutreten pflegen; wie dort, so auch hier, schneidet die linke Schulter unter der Symphyse durch. Ebenso sehen wir beim Vergleich von I und 1, dass auch bei den beiden Arten der 2. Scheitellage, bei fehlerhafter Drehung, die Schultern im 2. schrägen Durchmesser eintreten, d. h. in dem Durchmesser, in welchem sie bei normalem Geburtsmechanismus bei 1. Scheitellage einzutreten pflegen. Anders gesagt:

C) wenn das Hinterhaupt unter der Symphyse durchschneidet, treten, bei fehlerhafter Drehung die Schultern bei beiden Arten der ersten Scheitellage ebenso ein, wie beim normalen Geburtsmechanismus der 2. Scheitellage, dagegen bei beiden Arten der 2., in umgekehrter Weise. Die Schultern drehen sich dabei um 90° (Hinterhaupt nach vorn gewandt) bis 180° (Hinterhaupt nach hinten).

Vergleichen wir jetzt, wie weit diese Schlüsse mit den oben genannten Dohrn'schen übereinstimmen.

Aus A. folgt, dass, wie es bei normalem Geburtsmechanismus natürlich ist, bei den Scheitellagen, wo das Hinterhaupt nach vorn gewandt, die Schultern in den früheren schrägen Durchmessern eintreten — auf diesen Umstand richtet Dohrn sein besonderes Augenmerk und nimmt ihn, wie ersichtlich, zum Ausgangspunct seiner Schlussfolgerungen; ebenso normal ist, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt, das Eintreten der Schultern in denjenigen schrägen Durchmessern, die denen entgegengesetzt sind, in welchen die Schultern früher standen, was Dohrn als Norm für diejenigen Fälle wo das Hinterhaupt nach hinten gekehrt, übersieht, obgleich er auf Letztere gegründet seine Schlussfolgerungen in der Frage der fehlerhaften Drehung von Schultern und Kopf zieht. Wenn der Uterus bei nach vorn gewandtem Hinterhaupt die Tendenz hat die Schultern in den früheren schrägen Durchmessern zurückzuhalten, warum soll er dasselbe nicht auch bei normalem Geburtsverlauf thun, wenn das Hinterhaupt nach hinten gekehrt ist? Wir erklären das einfach damit, dass im ersteren Falle die Schultern schon in diesen Durchmessern stehen, im 2. Fall aber treten sie, nachdem sie sich bis zum zunächst gelegenen entgegengesetzten Durchmesser gedreht, in diesen

[4]) Lehrbuch der Geburtshülfe p. 164 (russische Uebersetzung).

letzteren darum ein, weil ihnen bei normalem Geburtsmechanismus eine Drehung um 90° genügt, während, falls sie den früheren schrägen Durchmesser erreichten (d. h. wenn der Uterus wirklich die Tendenz hätte) indem sie sich um 180° drehen, wir es dann schon mit einer fehlerhaften Drehung zu thun hätten, und factisch würden die Schultern, in diesem letzteren Fall, wo sie wie wir sahen, die bei normalem Geburtsverlauf unzulässige Drehung um 180° machen, bei erster Scheitellage (das Hinterhaupt nach hinten gekehrt) in dem ersten schrägen Durchmesser eintreten, d. h. es würde eine fehlerhafte Drehung (C) entstehen.

Was hat, fragen wir uns, Dohrn dazu veranlasst zu sagen, dass die fehlerhafte Drehung bei nach hinten gewandtem Hinterkopf daher häufiger zu sein pflegt, weil der Uterus die Tendenz hat die Schultern in den früheren schrägen Durchmesser einzustellen, während normaliter bei nach hinten gewandtem Hinterhaupt und regelrechtem Geburtsverlauf die Schultern in den entgegengesetzten Durchmessern einzutreten pflegen? Den normalen Geburtsverlauf bei nach vorn gewandtem Hinterhaupt, wo die Schultern factisch in den früheren schrägen Durchmesser eintreten, auf die Fälle, wo das Hinterhaupt nach hinten gewandt, zu übertragen ist unerlaubt, was, wie uns scheint, Dohrn irrthümlicher Weise gethan hat.

Ferner kann man aus B. schliessen, dass bei der fehlerhaften Drehung, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, die Schultern in den entgegengesetzten schrägen Durchmessern eintreten, dagegen, wenn das Hinterhaupt nach hinten gekehrt, in den früheren. Wenn aus den Dohrn'schen Sätzen zu folgern ist, dass der Uterus die Schultern in den früheren schrägen Durchmessern einzustellen sich bestrebt, wodurch seiner Meinung nach, hauptsächlich die fehlerhafte Drehung bedingt wird, so fragt es sich, warum denn die Gebärmutter diese Tendenz nur bei nach hinten gewandtem Hinterhaupte besitzt, während sie in den Fällen, wo das Hinterhaupt nach vorn gewandt, die fehlerhafte Drehung beim Eintritt der Schultern, selbst in die entgegengesetzten schrägen Durchmesser zu Stande kommen lässt? Ist dieses nicht vielleicht der Grund weshalb Dohrn die Ursachen der fehlerhaften Drehung der Schultern bei nach vorn gewandtem Hinterhaupt ignorirt, die seiner Meinung nach, seltener (?) vorkommen soll und die, wie wir sahen, das Bestreben der Gebärmutter, die Schultern in den früheren schrägen Durchmesser einzustellen, nicht rechtfertigt? — Wollen wir unsere Meinung aussprechen.

Wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt, erreichen die Schultern, bei der fehlerhaften Drehung, den von Dohrn angegebenen früheren schrägen Durchmesser, indem sie sogar dabei eine Drehung um 180° vollführen, weil, falls sie sich nur um 90° bis zum nächsten schrägen Durchmesser drehen würden, dieses keine fehlerhafte Drehung sein könnte, da die Kindslagen dieselben bleiben und nur das Hinterhaupt sich von hinten nach vorn dreht d. h. der Geburtsmechanismus ist normal, wo die Schultern eine Drehung um 90° machen (A). Kürzer gesagt, *bei nach hinten gewandtem Hinterhaupt ist eine fehlerhafte Drehung überhaupt nur dann möglich, wenn die Schultern sich um 180° drehen.* — Bei nach vorn gekehrtem Hinterhaupt treten die Schultern im nächsten, d. h. entgegengesetzten schrägen Durchmesser ein, weil sie nur eine Drehung um 90° zu vollbringen brauchen, während sie bis zum früheren schrägen Durchmesser sich um 180° drehen müssten; dazu kommt, dass in diesem letzteren Falle ein (Umwandlung der 1. Lage (Hinterhaupt nach vorn) in die 2. Hinterhaupt nach hinten) oder der 2. (Hinterhaupt nach vorn) in die 1. (Hinterhaupt nach hinten) zu Stande kommen könnte, was man a priori zugeben muss, (denn eine Drehung um 180° ist ja möglich), nur muss dann die Geburt mit dem Hinterhaupt nach hinten gewandt vor sich gehen (2. Anomalie), wie es in der Anmerkung (siehe oben) gesagt ist.

Die Meinung von Dohrn, dass der Uterus das Bestreben habe bei fehlerhafter Drehung die Schultern in den früheren schrägen Durchmesser einzustellen würde in dem Falle eine richtige sein, wenn er bewiesen hätte, dass auch bei nach vorn gewandtem Hinterhaupt die Drehung der Schultern häufiger in der Art von statten geht, wie dieses in der Anmerkung beschrieben ist, d. h. wieder um 180°. Aber sowohl nach Spiegelberg's Meinung (p. 164), der sich am klarsten in dieser Frage äusserst, wie nach unserer, wie wir es gleich sehen werden, kann Letzteres nur in seltenen Fällen statfinden.

Wir können folglich nicht die Configuration des Uterus, im Sinne von Dohrn, als Hauptursache für das Zustandekommen der fehlerhaften Drehung annehmen, denn diese Erklärung hält keiner strengen Kritik Stand bei Anwendung auf die Fälle, wo das Hinterhaupt nach hinten gewandt; in den Fällen aber, wo das Hinterhaupt nach vorn gekehrt, ist sie deshalb nicht beweisend, weil dort die fehlerhafte Drehung nur möglich ist, wenn die Schultern sich um 180° drehen, d. h. unter der alleinigen Bedingung, dass dieselben in den früheren schrägen Durchmesser hinübergehen.

Endlich folgt aus C. 1) dass, wenn bei der 1. Scheitellage die fehlerhafte Drehung zu Stande kommt, die Geburt genau genommen wie bei der 2. Scheitellage endigt, und bei der 2. in umgekehrter Weise; 2) dass die Drehung der Schultern 90° bis 180° beträgt. Folglich kann man folgende Arten der fehlerhaften Drehung von Kopf und Schultern aufstellen:

a) Drehung um 90°, wenn bei 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn gewandt) die Geburt, in Folge fehlerhafter Drehung der Schultern, so endigt wie bei der 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn), oder bei der 2. Scheitellage (Hinterhaupt vorn) wie bei der 1. (Hinterhaupt vorn):

b) Drehung um 180°. 1) Wenn bei 1. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) die Geburt in Folge fehlerhafter Drehung der Schultern so endigt, wie bei 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach vorn), oder bei 2. Scheitellage (Hinterhaupt nach hinten) in umgekehrter Weise; *2) wenn* bei 1. und 2. Scheitellage (Hinterhaupt vorn) die Geburt so endigt, wie bei der 2. und 1. Scheitellage (Hinterhaupt hinten), ohne dass das Hinterhaupt sich nach vorn dreht. (S. oben Anmerkung).

Daraus ist schon a priori klar, dass die fehlerhafte Drehung, vorausgesetzt, dass dieselben Ursachen sie bedingen, um so leichter zu Stande kommen muss, je geringer die Drehung ist, die die Schultern zu machen haben, d. h. wenn dieselbe nur 90° beträgt und nicht 180° (Ueberdrehung). Daher muss die fehlerhafte Drehung am häufigsten beobachtet werden bei den Scheitellagen mit nach vorn gewandtem Hinterhaupt, wo die Drehung 90° beträgt (a), dann erst folgt die fehlerhafte Drehung bei den Scheitellagen mit nach hinten gekehrtem Hinterhaupt (b, 1) und endlich erst die fehlerhafte Drehung bei den Scheitellagen mit nach vorn gewandtem Hinterhaupt, wo dieselbe 180° beträgt, wo die Geburt ohne Drehung des Hinterhaupts nach vorn endigt (b, 2). Ausserdem muss dieselbe, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, häufiger bei der 1. als bei der 2. Scheitellage angetroffen werden, weil eben die 1. Lage häufiger vorkommt als die 2.; wenn aber das Hinterhaupt nach hinten gewandt ist, findet das Umgekehrte statt.

Diese Schlussfolgerungen stimmen vollkommen damit überein, dass der Fruchtkörper bei der Drehung um 180° sich bedeutend um seine Längsachse überdrehen muss, da, nach Schatz[5]), die oberen Theile desselben stets im Vergleich zu den unteren bei der Drehung zurückbleiben. So z. B. drehen sich bei Scheitellagen (Hinterhaupt nach hinten) die Schultern nur um 42° und das Beckenende nur um 25°, während der Kopf zu gleicher Zeit eine Drehung um 55° vollbringt; anders gesagt, bleiben nach Schatz bei der Drehung des Kopfes die Schultern um 13° und das Beckenende um 30° zurück. In seltenen Fällen überschreitet die Ueberdrehung des Fruchtkörpers auch diese Grenzen, so

[5]) Arch. f. Gynäk. B. VI pag. 411—424.

dass z. B. der Kopf und die Schultern, im Verhältniss zu einander, sich fast um 90 drehen, wie dieses in einem Fall Schatz beobachtet hat. In der Mehrzahl der Fälle bleibt aber diese Drehung auf die oben angegebenen Grenzen beschränkt, da selbst für eine solche Ueberdrehung eine recht bedeutende Elasticität von Seiten des Uterus gefordert werden muss. Die Gebärmutter vollführt ebenfalls eine Drehung um ihre Längsachse während der Zeit, wo die Drehung des Fruchtkörpers stattfindet, doch ist dieselbe nicht bedeutend, da die dicken und wenig nachgiebigen Wandungen Widerstand leisten, indem sie während der Wehe fest den Fruchtkörper umfassen. Schatz spricht sogar von der Möglichkeit, dass während der Wehe die, vor Beginn derselben bestehende, Ueberdrehung der Gebärmutter wieder ausgeglichen werden könne.

Auf diese Weise wird die Voraussetzung von Dohrn, dass die Schultern, bei der Drehung des Kopfes zur Symphyse wenn das Hinterhaupt bei den Scheitellagen nach hinten gewandt (S. das oben angeführte Beispiel), bis zum queren Durchmesser des Beckens gelangen, vollkommen durch die Schlussfolgerungen von Schatz widerlegt. Deshalb ist die Berechnung von Dohrn über die kürzeste Entfernung des queren Beckendurchmessers vom früheren schrägen Durchmesser, in welchem die Schultern standen, ohne Bedeutung. Aus den oben angeführten Schlussfolgerungen von Schatz ist zu ersehen, dass der Uterus durch seine Contractionen während der Geburt im Gegentheil der Drehung der Schultern einen Widerstand leisten muss, und zwar wird Letzterer um so stärker sein, je unnachgiebiger der Uterus ist und je stärker die Wehen sind. Daraus ersehen wir, dass gerade diejenigen Ursachen, die Dohrn als günstige Momente für das Zustandekommen der fehlerhaften Drehung der Schultern anführt, nach unserer Meinung dieselbe, im Gegentheil, verhindern müssen; deshalb muss auch die fehlerhafte Drehung bei Erstgebärenden, bei denen die Wehen und die Straffheit des Uterusgewebes stärker sind, im Gegentheil seltener vorkommen.

(Schluss folgt).

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga

über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von

Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Fortsetzung.)

In der *Gruppe der acuten Infectionskrankheiten* nimmt die *Febris recurrens* dieses Mal die erste Stelle ein. Das Rückfallsfieber war seit Beginn des Jahres (1883) in Riga als epidemisch zu bezeichnen; gegenwärtig kommen nur noch sporadische Fälle zur Beobachtung. Die Epidemie hat von Huff (Inaug.-Diss., Dorpat 1884) eine gewissenhafte Bearbeitung erfahren. Die Mortalität betrug 4,6% (Huff). Es starben im Januar 0, Februar 1, März 4, April 8, Mai 5, Juni 7, Juli 2, August 0, September 1, October 0, November 2, December 1 — in Summa also 31, und zwar 28 Männer und 3 Weiber — das männliche Geschlecht überwog mithin auch in dieser Epidemie sehr bedeutend (vergl. Ponfick, Virch. Arch. Bd. 60). Das durchschnittliche Alter der Verstorbenen betrug 42½ Jahre, am stärksten waren betheiligt die Altersklassen von 31 bis 40 und von 41—50 J. (9 resp. 6 Leichen). Zur Section gelangten 26 (23 M., 3 W.),

Bei Durchsicht der Sectionsprotokolle drängt sich unwillkürlich die Ueberzeugung auf, dass *Residuen früherer Krankheitsprocesse sowie schwere Complicationen* für die Mortalität der Recurrens von ganz eminenter Bedeutung sind. In lebhafter Erinnerung stand noch die von Lenz (Inaug.-Diss., Dorpat 1882) beschriebene Typhusepidemie (exanth.): Während es sich dort meist um Leichen handelte, die ausser dem charakteristischen Milztumor, der Parenchymatosis der drüsigen Organe und den übrigen mehr oder weniger sämmtlichen acuten infectiösen Processen zukommenden allgemeinen Veränderungen meist *keine* sonstigen Organerkrankungen, sei es als Residuen früherer Affectionen, sei es als Complication, darboten, war das Vorkommen derartiger Organerkrankungen bei den Recurrensleichen geradezu Regel. Nur 7 unter den 26 zur Section gelangten Fällen boten das reine Bild der acuten Infectionskrankheit dar, während bei 19 theils während des Krankheitsverlaufes entstandene Complicationen (16mal, d. h. bei 16 Leichen), theils aus früherer Zeit stammende pathologische Zustände verschiedener Organe (12mal) sich vorfanden — Beides vereinigt in 9 Fällen. Die Complicationen bestanden 6mal in typischer, über einen ganzen Lappen oder über mehrere verbreiteter fibrinöser Pneumonie (4mal rechts, einmal links, einmal beiderseits) — stets im Stadium der grauen Hepatisation, 2mal in katarrhalischer Pneumonie (linker Unterlappen). Eine der fibrinösen (rechts) und eine der katarrhalischen Pneumonien war von einem beträchtlicheren sero-fibrinösen pleuritischen Exsudate begleitet. In einem Falle präsentirte sich eine reine sero-fibrinöse Pleuritis (links) ohne Betheiligung der Lunge und ohne entzündliche Veränderungen in der Umgebung der Milz (ca. 1000 Ccm. Exsudat). Fünfmal kam ferner *acute diffuse Nephritis* zur Beobachtung, worunter 2 Fälle mit ausgesprochen hämorrhagischem Charakter. Einmal hatte sich im Verlaufe der Febr. recurr. eine acute *Endo-Pericarditis* entwickelt — frische endocarditische Vegetationen an der Vorhofsfläche der Mitralis, 100 Ccm. sanguinolenten Exsudates im Pericardialsack, ein fast 1 Cm. langer Embolus in der Art. foss. sylv. sin., Erweichung des linken Thal. opt. und Corp. striat. Der *Darmcanal* fand sich in zwei Fällen mehr oder weniger hochgradig verändert, und zwar 1) bei einem 26jähr. Manne, der während des Krankheitsverlaufes mehrfach blutige Stühle (einmal auch Blutbrechen) gehabt hatte und endlich unter den Erscheinungen einer heftigen Peritonitis zu Grunde gegangen war — in der Bauchhöhle 2600—2800 Ccm. serösen, mit zahlreichen Fibrin- und Eiterflocken untermischten Exsudates, hochradige Injection, Trübung und fibrinös-eitriger Beschlag der Darmserosa und des Periton. parietal., kein Milzabscess, keine Perisplenitis. Beträchtliche Schwellung der Schleimhaut des gesammten Dünndarms, Schwellung der solitären und einzelner Theile der agminirten Follikel, aus einzelnen der kleinen Knötchen beim Anstechen Eiter zu entleeren, keine ulcerative Zerstörung; im Dickdarm Schwellung und schwärzlich-schiefrige Schleimhautverfärbung, ebenfalls ohne Zerfall; Mesenterialdrüsen kaum geschwellt. Im 2. Falle hatten während des Lebens ebenfalls höchst profuse blutige Durchfälle bestanden — im Dünndarm keine bemerkenswerthen Veränderungen, im Dickdarm zahlreiche oberflächliche katarrhalische Geschwüre, Peritonäum normal.

Diesem Ueberfluss an Complicationen steht die Zahl der Residuen früherer Krankheitsprocesse, welche ebenfalls als complicirende Momente von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind, kaum nach — durch sie wurde im speciellen Fall die Schwere des Verlaufes und der tödtliche Ausgang mehr oder weniger mit bedingt. Derartige Organveränderungen fanden sich bei 12 Leichen; sie bestanden zweimal in Lebersyphilis und chron. Milztumor, 3mal in Lebercirrhose, eben so oft Obesitas cordis und Sklerosis Aortae, Degenerat. cordis adipos., einmal totale Verwachsung beider Pleurablätter mit hochgradiger Schwartenbildung, ferner in Nephritis interstitial. chron., Phthisis pulmon. ulc. chron., Vitium cordis (Klappenfehler), Hypoplasie des Aortensystems (in 2 Fällen sehr ausgesprochen) — also eine Fülle complicirender Befunde, die zuweilen die Beurtheilung dieser oder jener Veränderung nicht leicht machten.

Von Befunden, welche dem Recurrensprocesse als solchem zugeschrieben werden mussten, sind zu erwähnen: Veränderungen der Haut — Petechien, meist sehr typisch symmetrisch angeordnet (vergl. Huff l. c.), 4mal, mehr oder

weniger hochgradiger Icterus 5mal — beide Veränderungen zusammen in einem Falle; der Befund an der Körpermusculatur war kein constanter; die Musculatur des Herzens in den reinen Fällen meist von grau-rother oder blass-bräunlicher Farbe und im Ganzen mit mässiger Schlaffheit; ausgesprochene fettige Degeneration fand sich stets zusammen mit chronischen Organerkrankungen, welche an sich schon dazu disponiren. Als der constanteste und am meisten charakteristische Befund ist der acute Milztumor zu bezeichnen, der sich bei der Febris recurrens im grossen Ganzen durch ein die Milztumoren anderer acuter Infectionskrankheiten noch übertreffendes Volum, durch eine etwas derbere Consistenz (als z. B. bei Typh. exanth.) und durch den häufigen Befund infarct-ähnlicher Nekrosen auszeichnet. Das mittlere Maass von 24 Milztumoren betrug 17,57, 10,8 und 4,23 Cm., der grösste (reine) Milztumor mass 23,0, 14,0 und 6,0 Cm. Die Consistenz war meist gering, das Parenchym gewöhnlich weich, morsch, leicht zerdrückbar, doch fast stets nach dem Durchschneiden des Organes cohärent, nicht, wie das so häufig beim Typh. exanth., sofort nach Durchtrennung der Kapsel spontan zu einem dünnen Brei zerfliessend; die Kapsel gespannt oder schlaff, gerunzelt, meist je nachdem der Tod während des Anfalls oder während der Apyrexie erfolgte; Farbe des Parenchyms dunkel-burgunderroth, rothbraun oder violettbraun, die Pulpa vorquellend, die Follikel zuweilen deutlich vergrössert. Während diese Eigenschaften einem jeden acuten Milztumor zukommen können, scheinen die bekannten infarct-ähnlichen Recurrens-Nekrosen (Coagulations-Nekrosen) der Milz durch ihre Häufigkeit bei der in Rede stehenden Krankheit für diese geradezu charakteristisch zu sein — ob specifisch *ihr allein* zukommend, will ich nicht entscheiden, da einerseits auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten, z. B. dem Typh. abdom., derartige Veränderungen gesehen worden sind (Hoffmann, Virchow), andererseits sich die Möglichkeit hierzu a priori nicht von der Hand weisen lässt. *Ich* habe sie bis jetzt *ausschliesslich bei Recurrens* gesehen. Sie fanden sich in 12 von den 25 Recurrensmilzen (also 48%). Die Herde waren von sehr verschiedener Grösse, linsen- bis haselnuss- oder wallnussgross, in sehr wechselnder Zahl vertreten; während man einzelne Milzen in mehrere Segmente zerlegen musste, um sie zu finden, erschien in anderen der Durchschnitt wie übersäet mit den hellen Einsprengungen und war $^1/_3$ bis $^1/_2$ des Milzgewebes nekrotisch; ihre Form war meist rundlich oder annähernd keilförmig, die Basis bald zur Peripherie, bald zum Hilus gerichtet, ihr Sitz vorzugsweise in der Nähe der Oberfläche. Die Farbe spielte in den verschiedensten Nuançen je nach dem Alter der Herde — die frischesten differenzirten sich von dem benachbarten dunkelen Milzgewebe nur durch kleinfleckige Beimischung eines hellen Ziegelroth und durch etwas derbere Consistenz, ihre Grenzen gingen unmerklich ohne scharfe Contouren diffus in das umliegende Gewebe über; ältere Stadien wiesen ein gelbrothes, ziegelrothes, schwefel- und citrongelbes (besonders bei Icterus) Colorit auf, hier waren die Grenzen eben so oft diffus als scharf, in letzterem Falle häufig durch einen dunkel-schwarzrothen Saum gebildet. In Milzen mit zahlreichen nekrotischen Herden kamen die verschiedensten Formen und Stadien zusammen vor. Dissecirende Eiterung dieser Nekrosen und Bildung von Milzabscessen wurde bei zwei Leichen vorgefunden; während in dem einen Falle die wallnussgrosse Eiterhöhle zu keinen weiteren Folgen geführt hatte, präsentirten sich im zweiten Falle (gleich grosser Abscess) peritonitische Veränderungen in der Umgebung der Milz. Auf die Frage nach der Genesis dieser Nekrosen gehe ich hier nicht näher ein.

Die Befunde an der *Leber* boten nichts Specifisches, für den Recurrensprocess Charakteristisches dar, — sie setzten sich zusammen aus der jeder acuten Infectionskrankheit zukommenden parenchymatösen Schwellung und Trübung und aus den zahlreichen bereits genannten complicirenden Veränderungen; die Schwellung war oft eine beträchtliche, die Läppchenzeichnung meist noch gut erkennbar — im Allgemeinen die Parenchymatosis keine so hochgradige als etwa beim Typh. exanth. — An den *Nieren* — abgesehen von den Befunden acuter diffuser Nephritis — parenchymatöse Trübung und Schwellung. Das *centrale Nervensystem* bot keine constanteren Befunde dar — meist Hyperämie der Meningen. Untersuchungen des Markes grosser Röhrenknochen (Ponfick) konnten aus äusseren Gründen nicht vorgenommen werden.

Die übrigen acuten *Infectionskrankheiten* traten vor der Febris recurrens bedeutend zurück. *Variola* und *Variolois* betheiligen sich in der Tabelle mit 13 Fällen — 10 Frauen und 3 Männer. Ueber die genannte Krankheit ist von Dr. Treymann, dirig. Arzt der Abtheilung für acute Infectionskrankheiten, in dieser Zeitschrift bereits näher berichtet worden (s. № 29 und 30). Nach dem Erlöschen der Typhusepidemie von 1881—1882 handelte es sich beim *Flecktyphus* lediglich um sporadische Fälle, von denen 6 starben und zur Section gelangten (2 im Juli, je einer im Januar, April, Juni und September). In einem dieser Falle fand sich acute diffuse Nephritis als Complication vor, in einem anderen circumscripte Pneumonia fibrinosa des rechten Oberlappens mit Ausgang in multiple eitrige Schmelzung; sonst boten die Fälle den gewöhnlichen Befund dar. — Mit der Diagnose «*Typhus abdom.*» wurden 8 Leichen eingeliefert, je 2 Fälle im September und December, je einer im Juli, August, October und November, also sämmtlich in der zweiten Hälfte des Jahres; (7 M., 1 W.), 6 secirt; bei dreien war perforative Peritonitis nach Geschwürsdurchbruch die Ursache des tödtlichen Ausgangs, ein Fall bot das reine anatomische Bild des Abdominaltyphus dar und zeichnete sich durch sehr zahlreiche Geschwüre in allen Stadien der Entwickelung aus, der fünfte Fall war mit fibrinöser Pneumonie des rechten Oberlappens complicirt und beim letzten endlich, welcher klinisch das Bild eines mit einer Pleuritis serosa (Probepunction) complicirten Abdominaltyphus dargeboten hatte, fand sich bei der Section: rechtsseitiges, in das vordere Mediastinum durchgebrochenes Empyem, Bronchiectasien im rechten Unterlappen, totale Obliteration des Herzbeutels, diffuse fettige Degeneration des Myocards, frischer fast zerfliesslicher Milztumor, Parenchymatosis der Leber; «im mittleren und oberen Theil des Ileum c. 12 oberflächliche meist Stecknadelkopf- bis Erbsen-grosse Geschwüre, alle innerhalb der wenig geschwellten Peyer'schen Plaques, das letzte etwa 180 Cm. über der Valvula ileocoecal.» An *acuter Dysenterie* starben im Ganzen 6 Personen (4 M., 2 W.) und zwar im Juli 1, August 2, September 3; die zur Section gelangten Fälle boten sämmtlich das typische path.-anat. Bild dar. Ein im October obducirter Fall musste zur chronischen Dysenterie gerechnet werden — seit fast 1 Jahre Durchfälle, Entwickelung offenbar aus einer acuten Dysenterie — starke Wulstung, Höcker- und Narbenbildung auf der Dickdarmschleimhaut, einige oberflächliche Ulcera, kein eigentlicher diphtherischer Zerfall. Die acuten Fälle betrafen sämmtlich jugendliche Individuen. In den 3 Fällen tödtlich verlaufener *Diphtheria* faucium handelte es sich um Kinder — 2 Mal war die Erkrankung eine genuine, einmal im Verlaufe von Scarlatina aufgetreten. Keine Autopsie. Kurz genannt seien noch: ein Fall von *Intermittens* bei einem Phthisiker — tertiana, Tod durch plötzliche Herzschwäche in der Apyrexie nach dem 2. Anfall; ein Fall von *Meningitis cerebrospinal.* bei einem 17jährigen Burschen, ein Fall von *Puerperalfieber* — der Leichenbefund abgesehen von hochgradiger Anämie des Hirnes und ca. 1000 Ccm. sanguinolenten Exsudates in der Bauchhöhle, Hyperämie von Milz, Leber und Nieren negativ — ein Fall von *Phlegmone diffus* (nicht secirt) und endlich 9 Fälle von *Erysipelas*, von denen übrigens nur 3 zur Section gelangten (3 Männer, 6 Frauen). Die Leichen stammten fast sämmtlich aus der chirurgischen Abtheilung (Wunderysipel nach Operationen). Dr. Voss hat in einer *demnächst erscheinen-*

den Arbeit diese Verhältnisse einer näheren Besprechung unterzogen. (Fortsetzung folgt.)

Die Pflichten und Rechte der Aerzte.

Ethische, von der Warschauer medicinischen Gesellschaft angenommene Regeln.

(Schluss.)

III. Sociale Pflichten des Arztes.

60) Der Arzt soll in seinem Wirkungskreise der Ausbreitung von Krankheiten entgegenarbeiten, der Erhaltung der Gesundheit und der Verlängerung des Lebens der Bevölkerung achten und zweckentsprechende Maassregeln seiner Ueberzeugung gemäss in Anwendung bringen.

61) Diese Anforderungen sind besonders an die Aerzte zu stellen, welche dienstlich eine besondere Gruppe der Bevölkerung in sanitärmedicinischer Beziehung zu versorgen haben.

62) Die Aerzte sollen sich bei den Gemeinden um eine sachgemässe unentgeltliche medicinische Hülfe für die Armen eines gegebenen Bezirkes bemühen.

63) Die Sorge für (Bildung), Fortbestehen und Entwickelung von Hülfscassen für Aerzte und ihre Wittwen (Kinder) und für Unterstützungscassen für junge Leute, welche Medicin studiren wollen, ist eine directe Pflicht der Aerzte.

64) Die Aerzte sollen bei Revisionen der Apotheken den Behörden und der Bevölkerung behülflich sein. (?)

65) Alle Krankheitszeugnisse sollen dem wahren Zustande der Kranken entsprechen, ohne Berücksichtigung des Zweckes und der Bedeutung eines solchen Attestes, wobei aber § 2 im Auge zu behalten ist.

66) Das Ausstellen von Zeugnissen, durch welche Interessen Anderer leiden, ist erniedrigend und tadelnswerth. [Militärpflicht.]

67) Soll ein Arzt ein, von einem anderen Collegen ausgestelltes Zeugniss bekräftigen, so muss er die in demselben enthaltenen Thatsachen selbst verificiren, im Differenzfalle eine persönliche Zusammenkunft mit dem Collegen verlangen.

68) Ein Arzt soll bei Fragen, welche etwaige Hindernisse zur Eheschliessung zwischen Personen, die er behandelt, betreffen, seine Meinung nicht zurückhalten, er soll die an ihn gestellten Anfragen der Betheiligten oder deren Bevollmächtigten beantworten, wenn er von der Möglichkeit der Schliessung eines Ehebundes überzeugt ist. (?)

(Müsste genauer präcisirt werden.)

69) Ein Arzt, der aufgefordert wird, seine Meinung über Angelegenheiten der allgemeinen Wohlfahrt zu äussern, soll dessen eingedenk sein, dass öffentliche Interessen privaten vorgehen, und deshalb energisch und unparteiisch handeln.

70) Die Aerzte der Assecuranzgesellschaften sollen die von diesen verlangten Zeugnisse unter Zustimmung (?) der Versicherer vollkommen der Wirklichkeit entsprechend ausstellen.

71) Der Assecuranzarzt darf kein Zeugniss ausstellen, wenn die dabei interessirte Person mit demselben nicht einverstanden ist. (??)

72) Der dienstlich eine Gruppe von Leuten in gesundheitlicher Beziehung versorgende Arzt darf in keinem Falle für die ausgestellten Zeugnisse Bezahlung annehmen.

(NB. Diese 3 Paragraphen gehören nicht in den ethischen Codex, da sie specielle, besonders zu regelnde Verhältnisse betreffen.)

73) Erfährt ein Arzt in der Ausübung seines Berufes von einem vorbereiteten oder schon begangenen Verbrechen, so muss er darüber den Behörden Anzeige machen, solche Fälle ausgenommen, in welchen die gerichtliche Verfolgung nur auf Wunsch des leidenden Theiles eingeleitet wird.

(NB. Der erste Theil des Paragraphen ist selbstverständlich, der zweite aber unverständlich.)

74) Ein vom Gerichte als Sachverständiger aufgeforderter Arzt soll, wenn er sich im gegebenen Falle incompetent fühlt oder nicht im Besitze der nöthigen technischen Hülfsmittel ist, offen vor dem Gericht solches erklären.

75) Der sachverständige Arzt soll vor Gericht, ausser den directen Antworten auf die vorgelegten Fragen, noch Alles mittheilen, was zur Aufklärung der vorliegenden Sache beitragen könnte.

76) Der sachverständige Arzt soll darauf achten, ob er nicht in derartigen Verhältnissen zu den betheiligten Parteien stehe, welche einen Schatten auf seine Unparteilichkeit in seiner Eigenschaft als Zeuge (?) werfen könnten, worüber er (im Bejahungsfalle) dem Gerichte Mittheilung zu machen hat.

77) Der sachverständige Arzt soll seine Meinung erst nach vollständiger, allseitiger und gründlicher Prüfung der Sache abgeben.

78) Er soll in den Fällen, wenn die Untersuchung zweifelhafte Resultate ergeben hat, nur muthmaassliche Angaben machen. (?)

79) Der sachverständige Arzt soll vollkommen objectiv in seinem Urtheile sein, ohne Ausfälle und Insinuationen gegenüber seinen Mitexperten; widerspricht aber die Ansicht dieser letzteren der Wahrheit und der Wissenschaft, so soll er seine Meinung offen und entschieden aussprechen.

IV. Wissenschaftliche Pflichten der Aerzte.

80) Der Arzt soll nie aufhören, seine Kenntnisse zu vervollkommnen und zu vervollständigen, indem er den Fortschritten der Medicin folgt und nach Vermögen sich dieselben aneignet.

81) Zu den Pflichten des Arztes gehört unter Anderem auch das Bestreben, nach Möglichkeit die Entwickelung und den Fortschritt der Medicin zu fördern.

82) Der lehrende Arzt soll seine Ehrenpflicht im vollsten Sinne des Wortes erfüllen, er soll Rathgeber und Leiter seiner Schüler sein, denen er auch nach Möglichkeit die Vervollkommnung ihrer Kenntnisse erleichtern soll.

83) Kein Arzt soll den Lernenden Schwierigkeiten bereiten, es möge seine gesellschaftliche Stellung sein, wie sie wolle. (?)

84) Die Hospitalsärzte haben dafür zu sorgen, dass das Material ihrer Anstalten der Wissenschaft nicht verloren gehe.

85) Dasselbe bezieht sich auch auf solche Aerzte, welche administrative Posten inne haben und einen besonderen Zweig der Medicin (Hygiene, gerichtliche Medicin, Sanitätspolizei u. dergl.) pflegen.

86) Die Aerzte sollen für Gründung medicinischer Gesellschaften sorgen, an schon bestehenden Theil nehmen und deren Entwickelung fördern

87) Die Aerzte sind verpflichtet, den Collegen lehrreiche Beobachtungen und wissenschaftliche Arbeiten mitzutheilen.

88) In solchen Mittheilungen herrsche eine vollständige Unparteilichkeit und Objectivität, eine Abweichung von dieser Regel ist um so tadelnswerther, als sie durch Missgunst anderen Collegen gegenüber oder durch Jagd nach Gewinn bedingt wird.

Der vorliegende Entwurf ist ursprünglich in polnischer Sprache geschrieben und von der Redaction des «Wratsch» ins Russische übertragen worden. Dadurch mag vielleicht hie und da Unklarheit in den Wortlaut einiger Paragraphen sich eingeschlichen haben. Wir haben uns erlaubt einige Anmerkungen in ( ) zu machen und einige Fragezeichen zu stellen, wo uns das Gesagte undeutlich oder unrichtig erschien und hoffen, dass dadurch eine eingehende Besprechung dieser ethischen Regeln angeregt wird. Wir schliessen mit dem Wunsche, dass auch bald in unserer Residenz solche Regeln, vielleicht im Anschlusse an die vorliegenden, ausgearbeitet werden möchten, und glauben, dass in erster Reihe es die Aufgabe der medicinischen Vereine sei, sich an diese lohnende und segensreiche Arbeit zu machen. In der Zukunft wird vielleicht ein höherer Areopag tagen, der die Standesinteressen der Aerzte eifersüchtig bewahrt und bewacht und ein harmonisches Zusammengehen sämmtlicher Aerzte Russlands in allen Fragen zu Stande bringt. Quod Dii bene vertant! **Hz.**

Referate.

Prof. Hugo Schulz (Greifswald): Zur Therapie der Diphtherie. Vorgetragen in der Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirkes Stralsund den 2. Dec. 1884. (Deutsche med. Wochenschrift № 1 1884).

Ausgehend von der Annahme, dass die Rachendiphtherie Theilerscheinung eines Allgemeinleidens ist, geht Verfasser die bis jetzt gebräuchlichsten Mittel durch und erwähnt ihre Nachheile. Angefangen von den Alkalien, Kalkwasser, Milchsäure, Papaïn, deren Wirkung, wegen der Schwierigkeit die infectiösen Membranen zu erreichen und eine vollständige Entfernung derselben hervorzurufen, fraglich ist, geht Verf. zu den Mitteln über, die direct zerstörend auf das Gift wirken; Argent. nitric., Eisenchlorid seien eher gefährlich als nützlich, da durch Ablösung des Schorfes und Bildung von Wundflächen die Möglichkeit für das noch tiefere Eindringen des Giftes in den Organismus geboten wird. Die ungenügende Wirkung der antiseptischen Mittel: Carbolsäure, Salicylsäure etc., ferner des Olei Eucalypti sei durch die Schwierigkeit, den Krankheitsherd zu erreichen, bedingt. Das übermangansaure Kali habe eine viel zu rasch vorübergehende Wirkung, chlorsaures Kali sei innerlich genommen gefährlich und bei vollem Magen eingenommen wird ihm vom Mageninhalt selbst ein grosser Theil disponiblen Sauerstoffes entzogen, nur die Wirkung des entstandenen Chlorkalium auf den diphtherischen Process sei zunächst unbekannt.

In Folge der Schwierigkeit alle Buchten und Winkel der tieferen Rachenpartien zu erreichen, sei auch die Sublimatlösung mangelhaft. Schon mehr leiste Chlorwasser und die Lösung von Brom und Bromkalium, wegen ihres Uebergang in Gasform und daher leichterer Verbreitung in der Rachenhöhle und den Nebenräumen. Das von Dr. Guttmann empfohlene Pilocarpin sei im Princip vollkommen richtig, doch leiste es deshalb nicht viel, weil das Gift nicht direct geschädigt wird.

Als ein Mittel, das nach beiden Richtungen hin wirkt, also Angriff der erkrankten Stellen von Innen heraus und Tödtung oder doch wenigstens Lähmung des diphtherischen Giftes beizeichnet Schulz — *das Quecksilber*.

Schon früher sei dasselbe empfohlen worden; Dr. Rothe hat in 2½ Jahren durch Cyanquecksilber 71 Fälle günstig behandelt. Gräfe hat Quecksilber bei Conjunctivitis diphtherica als Innunction verordnet und der innere Gebrauch des Cyanquecksilbers rührt vom homöopathischen Arzte Dr. v. Villiers aus St. Petersburg her, der im Jahre 1869 demselben auf dem Centralverein homöopathischer Aerzte in Dresden das Wort redete.

Nach Schulz's Ansicht wirkt das Quecksilber im Körper als Chlorid, als Aetzsublimat und könne einerseits durch die Wundsecrete ausgeschieden local wirken, andererseits auf das im Blut circulirende diphtherische Gift wirken. Als Form schlägt Verf.

vor nicht die der subcutanen Injection, sondern die der wässerigen Lösung von Cyanquecksilber 0,01, Aq. destill. 120,0 stündlich, je nach dem Alter, 1 Theelöffel oder Esslöffel voll gereicht. Nebenbei könne man ja auch Inhalation und Gurgelungen vornehmen. — (Ist schon oft vorgeschlagen und oft angewandt worden, und leistet ebensoviel oder ebensowenig wie viele andere Mittel auch. Red.)

L—s.

N. D. Monastyrski: Ein Fall von Situs viscerum perversus. (Jesh. kl. Gas. 1883. № 34 u. 35.)

Ein Fabriksarbeiter wurde mit einer Oberschenkelfractur, die er 3 Tage vorher durch Auffallen einer Eisenstange erlitten, in sehr collabirtem Zustande ins Peter-Paulhospital gebracht. Der Kranke war apathisch, cyanotisch, Leib mässig aufgetrieben, Stuhlverhaltung, an welcher Pat. habituell zu leiden angiebt. Die Fractur wird mit dem Extensionsverbande behandelt und gegen die Stuhlverstopfung werden Ol. Ricini und Eingiessungen verordnet. Es folgt massige Koth- und Gasentleerung und darauf Euphorie. Am nächsten Tage ist das Abdomen trotzdem wieder etwas aufgetrieben, Pat. leicht fiebernd, Gesicht cyanotisch und die Athmung frequent. Eine genauere Untersuchung ergab linksseitige croupöse Pneumonie und Rechtsstand des Herzens. Die Grenzen der Leber und Milz konnten des Meteorismus halber nicht bestimmt werden. Der Meteorismus nahm immer mehr zu, die fortgesetzten Eingiessungen blieben wirkungslos, bis schliesslich Kotherbrechen auftrat und die Situation aufklärte. Nun war aber der Zustand des Pat. schon so herabgekommen, dass an eine operative Beseitigung der Darmocclusion nicht mehr gedacht werden konnte. Die Section bestätigte das Vorhandensein der linksseitigen Pneumonie wie die Dexiocardie. In der Bauchhöhle stösst man auf ein colossal aufgetriebenes 26 Ctm. langes Dickdarmstück, welches sich als Colon ascendens erwies. Das Blinddarmende desselben ragte frei in die Bauchhöhle hinein, während das entgegengesetzte Ende dort fixirt war, wo sonst das Coecum liegt. Der Darm verschwand hier unter einer Membran, die brückenartig und straff über der Fossa iliaca dextra ausgespannt war. Magen und Dünndarm normal situirt, aber colossal aufgetrieben. Das Lig. gastro-colicum stark gespannt, fächerartig gefaltet, verwachsen mit der die Ileocoecalgrube bedeckenden Membran. Netz nicht zu finden; ebenso Colon transversum. Rectum, S. romanum und Colon descend. vollständig collabirt, letzteres biegt in der Höhe des Promontorium nach rechts und verschwindet gleichfalls unter der erwähnten Membran. Nach Aufschneiden der Membran fand sich unter ihr zusammengefaltet der ganze Quergrimmdarm. Zeichen von Peritonitis, sowohl frischer als alter, fehlten. Leber colossal gross, bildet gleichsam ein zweites Diaphragma, die Milz bestand aus 4 Lappen.

D.

Stanislaus Bielski: Ueber reine Hallucinationen im Gebiete des Gesichtssinnes im Dunkelzimmer der Augenkranken. (Dorpater Inauguraldissertation 1884).

Im Anschluss an einen auf der ophthalmologischen Klinik des Prof. Raehlmann beobachteten Fall bespricht Verf. die Aetiologie und Pathogenese dieser interessanten Störung der psychischen Centralstätten, wo es trotz im Uebrigen völlig freien Sensoriums und ungestörten Bewusstseins zu Gesichtshallucinationen kommt, welche namentlich bei älteren Personen auftreten, wenn dieselben aus irgend welchen Gründen, am häufigsten in Folge von Staaroperationen, ins Dunkelzimmer versetzt oder für längere Zeit der gewohnten Lichtempfindung beraubt werden.

D—o.

Stepanow: Zur Frage von der physiologischen und therapeutischen Wirkung der statischen Elektricität auf den menschlichen Organismus. Aus der Nervenabtheilung des Privatdocenten Drosdow. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 27).

Bei seinen Versuchen mit statischer Elektricität nach der Methode von Drosdow und Benediktow bestimmte St. die Schweissabsonderung nach Orlow (cf. dessen Dissertation) und untersuchte Harn und Puls in üblicher Weise. Aus den von ihm gefundenen Unterschieden in den Messungen vor und nach der Franklinisation zieht er folgende Schlüsse hinsichtlich der Wirkung der statischen Elektricität auf die genannten Functionen; die Dauer der Einzelsitzung betrug 5—12 Minuten.

1) Die Schweissabsonderung ist auf den elektrisirten Hautstellen meistentheils vermindert, auf den nicht elektrisirten dagegen häufig vermehrt, was besonders bei Franklinisation des Rückens deutlich zu sehen war, indem bei erregbaren Subjecten Schweisstropfen auf Stirn, Hals, Hohlhänden und in der Achselhöhle sich zeigten.

2) Die 24-stündige Harnmenge vermehrt sich, besonders bei allgemeiner Franklinisation.

3) Der Puls verändert sich nicht nur quantitativ (Drosdow, Benediktow), sondern auch in der Weise qualitativ, dass der aufsteigende Schenkel der sphygmographischen Curve höher und geneigter, der Gipfel spitzer und der Dicrotismus deutlicher wird.

4) Die Franklinisation hat neben ihrer anodynen und erfrischenden Wirkung auch eine vertheilende; bei einem jungen, scrophulösen Kranken mit chronischer Verhärtung und Vergrösserung der submaxillaren und periauriculären Lymphdrüsen verkleinerte sich eine derselben nach 2, 5 Minuten lange dauernden Franklinisationen und zeigte nach 6 Sitzungen eine Erweichung in ihrem Innern, die anderen Drüsen vergrösserten sich wohl, wurden aber weicher. (Diese Beobachtungen sind noch nicht abgeschlossen).

5) In unheilbaren Rückenmarkskrankheiten (Tabes dorsalis) vermindern sich die krankhaften Erscheinungen, auch können diese auf längere Zeit ganz verschwinden. Etwas ähnliches wurde bei Hysterie und Nierenneurasthenie beobachtet, wobei im ersteren Falle die Ovarien, im letzteren aber die Nieren franklinisirt wurden.

Hz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Materialien zur Geschichte der Medicin in Russland. Lieferung I. St. Petersburg 1881. 127 Seiten (russisch).

Desgleichen. Lieferung II pag. 128—575. St. Petersburg 1883.

Da wir bisher noch wenig Arbeiten über die ärztlichen Verhältnisse Russlands in früheren Jahrhunderten besitzen, so ist jeder neue Beitrag mit Dank aufzunehmen. Die beiden vorliegenden Lieferungen der «Materialien etc.» sind jedoch dermaassen Rohmaterial, das man wenig damit anfangen kann. Bekanntlich besitzen wir bis jetzt nur eine einzige «Geschichte der Medicin Russlands», die von Richter in 3 Bänden herausgegeben wurde und 1813—1815 erschien. 1814—1820 erschien in 3 Bänden die russische Ausgabe dieses Werkes unter dem Titel „Исторія Медицины въ Россіи". Ueber die Documente des früheren Apotheker-Prikas, welchen der Zar Michail Fedorowitsch im 17. Jahrhundert gegründet, sagt Richter, sie seien 1812 beim Brande Moskaus zu Grunde gegangen. Es erweist sich jedoch, dass sie erhalten geblieben und im Archiv des Ministeriums des Inneren in 14 Schachteln aufbewahrt sind. Hier findet man eine Menge Urkunden über den Stand der Medicin im 17. Jahrhundert, die bis zum Jahre 1702 reichen. Auf Veranlassung des Directors des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern N. Mamonow sind diese Documente nun registrirt und veröffentlicht worden und zwar als Anhang zum Archiv für gerichtliche Medicin. Die vorliegenden 2 Bände sind offenbar Separatabzüge dieser Veröffentlichungen.

Im Ganzen berichten beide Lieferungen über 549 Urkunden, die zum grössten Theile vollständig abgedruckt sind. Das Verzeichniss, welches wir nur in der ersten Lieferung beigegeben finden, reicht bis 240, daher findet man sich in der II. Lieferung nur mit Schwierigkeit zurecht. Wie wir schon oben sagten, ist nur sehr zu bedauern, dass der Abdruck der Urkunden *ohne jegliche Kritik* stattgefunden und nichts gethan ist um die Benutzung derselben auch nur einigermaassen handlich zu machen, es ist eben Rohmaterial, in der vollsten Bedeutung des Wortes. Die meisten Urkunden beziehen sich auf Ablass von Medicamenten, Spirituosen etc. aus der Apotheke, auf Gegenstände für dieselbe, sowie *Ankauf von Medicamenten*. Ferner handelt eine Reihe von Urkunden über das Honorar und die Belohnung von Aerzten, Apothekern und Knochenbrechern (костоправы). Ueber Krankheiten handeln nur einzelne Documente. So z. B. ist in № 151 (vom Jahre 1643) von der Rose die Rede, an welcher der Zar litt, bei der vor Allem 3 Mal täglich Camphor-Spiritus eingerieben werden sollte. Darauf wurde ein Aderlass verordnet und ein Schwitzmittel.

№ 153 handelt von einer Krankheit Angina, die darin bestehe, dass Hals und Brust schwellen, wobei hohes Fieber auftrete. Als Ursachen werden schädliche Winde, heisse Feuchtigkeit, ungesunde Speisen und heisses Blut des Menschen angeführt. Durch diese Krankheit sterben viele Menschen. Weiter heisst es, dass diese Krankheit durch todte Thiere entstände, welche an Seuchen verendet, namentlich bekäme man dieses Leiden, wenn man das Fell gefallener Thiere abzöge; (dieses würde auf Milzbrand hinweisen. Ref.) Die Behandlung ist sehr originell. Man muss nämlich unter der Zunge eine Ader anschneiden und darauf mit kühlendem Spiritus gurgeln, jedoch dabei nichts davon verschlucken (diese Therapie würde wieder auf Diphtherie schliessen lassen, es scheint also, dass diese und Milzbrand unter eine Categorie gerechnet wurden. Ref).

Wir wollen hoffen, dass unser Medicinal-Departement, welches das Geschichtsmaterial herausgiebt, bei etwa folgenden Lieferungen das interessante Material mehr sichten und verwerthen lassen wird.

P.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 24. April 1884.

1. Dr. Monastyrski stellt dem Verein 4 Patienten vor und demonstrirt ein Präparat.

Ueber die Patienten theilt M. Folgendes mit:

a) *Eine Knieverletzung*: Am 24. Februar stürzte Pat. beim Tragen eines Packen Eisenblechs und dabei schlug die Masse gegen den rechten inneren Femur-Condylus. Pat. wurde zur Polizei gebracht, wo ihm die Wunde mit «Liquor ferri» begossen und vernäht wurde. 24 Stunden darauf kam er ins Peter-Paulshospital. M. fand die rechte untere Extremität unter einem Winkel von 140° gebeugt, starke Schwellung im Kniegelenk, Ballotement. An der inneren Seite desselben eine c. 10 Ctm. lange Quetschwunde, deren Ränder, pergamentartig schwarz, mit einem schwer zu lösenden Schorf behaftet waren, unter welchem bräunliche Flüssigkeit hervorsickerte. M. spaltete parallel der Patella in sagittaler Richtung die Gelenkkapsel und fand die Gelenkhöhle mit Coagulis angefüllt und eine fracturirte Stelle am inneren Condylus. In der Spongiosa sah man eine 35 Mm.

lange, 28 Mm. breite und c. 10 Mm. tiefe Höhle. Das Gelenk und die Knochenhöhle wurden mit Sublimatlösung (1 : 1000) gründlich ausgespült, wobei c. 120 Pfd. Lösung verbraucht wurden. Hierauf löffelte M. alle zertrümmerten Theile heraus und tamponirte das ganze Gelenk. Abends Temp 37,5; am folgenden Morgen 38,8, Abends 39,3°. Da Pat. sich übrigens vollkommen wohl fühlt, wird der Verband nicht gewechselt. Das Fieber glaubt M. auf Aetzwirkung des Sublimats schieben zu können, denn als nach 2 Tagen der Verband gewechselt wurde, fand sich die Epidermis abgehoben und darunter eine sulzige Flüssigkeit. Nun verband M. mit Salicylwatte, nachdem er die Wunde genäht, *ohne Drain* und legte die Extremität in eine Schiene. Nach 12 Tagen wurde der Verband abgenommen und die Wunde erwies sich als per primam verheilt. — Pat. kann das Gelenk bereits beinahe bis zu einem rechten Winkel beugen.

b) *Verletzung des linken Ellbogengelenkes*: Pat. erhielt bei einem Sturz eine Wunde des Ellbogengelenkes, arbeitete jedoch darauf weiter und erst 1 Monat nach der Verletzung trat er ins Peter-Paulshospital.

M. fand starke Schwellung der ganzen linken oberen Extremität mit Röthung der Haut. Aus einer kleinen Oeffnung am Ellbogen ragten schlaffe Granulationen hervor. Die Bewegungen erwiesen sich unter Chloroformnarcose frei. Beim Spalten mit dem Schnitt nach Langenbeck stürzten reichliche Mengen Eiter und Synovia hervor.

Das Olecranon und die Tricepssehne erwiesen sich als zertrümmert. Nach Ausspülung mit Sublimatlösung wurde tamponirt und nach 2 mal 24 Stunden genäht ohne Drain. Dieses ergab prima intentio und kann der Pat. bereits wieder mässige Bewegungen ausführen.

c) *Exstirpation der Scapula wegen Sarcom*: Im December 1883 erhielt ein junger Mann einen Schlag auf die linke Schulter, die einige Tage lang schmerzhaft blieb. Anfang März bemerkte Pat. eine Schwellung der linken Schulter und liess sich deshalb ambulatorisch behandeln (Jodpinselung). Beim Eintritt ins Hospital am 30. März a. c. fand M. eine elastische sehr empfindliche kleine kindskopfgrosse Geschwulst der linken Scapularregion, die er des raschen Wachsthums wegen als bösartig ansah und daher nebst Scapula exstirpirte, von welcher nur der Proc. coracoideus nachgelassen werden konnte. Es wurde die Wundhöhle wiederum tamponirt und nach 2 mal 24 Stunden erfolgte die Anlegung der Nähte. Abends (2/IV) die Temp. 38°. Am 5. Tage post op. 39,0°, daher Verbandwechsel. M. fand den Hautlappen abgehoben und Fluctuation darunter. 2 Schnitte entleerten *eine klare Flüssigkeit*, nur die letzten Tropfen waren leicht flockig getrübt. Einlegung zweier Drains. Abends die Temp. jedoch wieder erhöht, daher am folgenden Tage wiederum Verbandwechsel. Es erwiesen sich beide Drains durch Coagula verstopft, sie wurden daher gewechselt und erst nach einigen Tagen entfernt. Jetzt ist die Wunde verheilt. Die Bewegung in der Schulter gering. Die oben erwähnte Flüssigkeit sieht M. für Lymphe an, die sich in todten Räumen angesammelt hat.

d) *Eine Gastrostomie wegen Oesophaguskrebs*: Anknüpfend an ein im «Chirurg. Centralblatt» № 15 erschienenes Referat über Kocher's Beitrag zur Chirurgie des Magens bespricht M., mit Demonstration seines Patienten, die Frage der Magenfisteln. Dass dieselben auf die Dauer gefahrbringend, bekämpt M. entschieden (im Gegensatz zu Kocher, spricht sich aber gegen die Sondenbehandlung bei Oesophaguskrebs aus. Sobald man mit dem Bougiren nachlässt, verengert sich die Stenose wieder, ausserdem schwebt man stets in der Gefahr ins Mediastinum zu gelangen. An dem demonstrirten Falle zeigt M., wie praktisch der elastische Obturator Dombrowski's sich benutzen lässt.

e) *Demonstration des Präparates eines Darmes, an welchem die Darmresection vorgenommen*: Am 7. März trat der 25-jährige Amtsbote NN. ins Peter-Paulshospital. Er hatte bereits seit längerer Zeit eine rechtsseitige Inguinalhernie, die er anfangs durch ein Bruchband gestützt, Letzteres jedoch schliesslich weggeworfen. Am 28. Februar klemmte sich, während Pat. aus einem Waggon der Pferdeeisenbahn heraussprang, die Hernie ein. Bis zum 7. März liess er sich von seinen Verwandten mit Salben einreiben und erst als Kotherbrechen auftrat kam er ins Hospital. Es wurde sofort zur Operation geschritten. Als man unter Narcose den Bruchsack eröffnete, fand man kein Bruchwasser, wohl aber das schwärzliche bröcklige Netz als Hauptinhalt. Im Bruchhalse eine verdächtige, glanzlose Dünndarmschlinge. Nach Hervorziehen und Abbinden des Netzes wurde auch der Darm hervorgezogen; dabei wollte das abführende Stück nicht hervorrücken. Nach Anlegung einer Doppelstichknopfnaht durchs Mesenterium und Annähen des Darmes legte M. einen *Anus paeternaturalis* an, aus welchem massenhaft Koth hervorstürzte. Am anderen Tage Wohlbefinden des Pat., die Temp. normal. Die früher vorhandene Röthe der Bauchdecken geschwunden.

Nachdem sich c. am 20. März deutliche Demarcation des mortificirten Darmstückes gebildet, erhielt Pat. am 21. Ol. ricini und musste absolut fasten; am 23. Reinigung des Darmes nach Reichel's Principien. Ein Bad, darauf ein Clysma ins zuführende Ende und hierauf ein Clysma per anum, wobei M. die höchst *wichtige Beobachtung* machte, dass die Flüssigkeit aus dem abführenden Ende des Darmes heraus floss, mithin *hatte die Bauhini'sche Klappe die Flüssigkeit durchgelassen*. Am 24. März Morgens wieder 2 Clysmata, ein Bad und 2 mal 10 gtt. Opium und um 10½ Uhr *Resection des Darmes*. Die Isolirung des Darmes war recht schwierig, denn der abführende Theil schien das unterste Ende des Ileum zu sein, daher bot sich zum Nähen nur ein querfingerbreites Stück dar und obgleich M. schief abschnitt, kam er doch in die Valvula Bauhini hinein. Angelegt wurden Czerny'sche Doppel-Nähte. Die Operation dauerte 2 Stunden. Darauf war Pat. wohl blass, der Puls jedoch gut, wenig Uebelkeit, der Unterleib eingezogen.

Am 25. März Wohlbefinden, Temp. normal. M. riskirte 2 mal eine Schaale Bouillon mit Ei zu geben. Um 3 Uhr Nachts fängt Pat. an über Schmerzen im Epigastrium zu klagen und erhält in Folge dessen ein Clysma mit Opium. Am folgenden Tage ist das Epigastrium aufgetrieben. Beim Verbandwechsel findet man die Wunde tadellos. Es wird der Rest der Wunde geschlossen und 2 stündlich 5 Tropfen Opium ordinirt. Die folgende Nacht trotz Chloral schlaflos.

Am 27. März 1-maliges Erbrechen klarer, geruchloser Flüssigkeit, Singultus und Ructus. Der Unterleib stärker aufgetrieben. Schlaf, durch eine Morphiuminjection erzeugt. Den 28. März über relatives Wohlbefinden, am 29. März Kothbrechen und desgleichen Kothentleerung aus den Stichkanälen der Wunde. Diffuse Peritonitis und Tod. Die *Section* ergab, dass, wie auch das vorgelegte Präparat bezeugt, der Darm vortrefflich verheilt ist, bis auf eine kleine Stelle in der Gegend der Valv. Bauhini, wo offenbar eine Naht losgegangen ist. Die Narbe im Darm ist kaum mehr sichtbar.

2. Dr. Petersen demonstrirt *einen Patienten mit fast totaler Necrose des Stirnbeines*: Pat., 43 Jahr alt, trat am 23. Mai 1883 ins Alexanderhospital, mit folgendem *Status praesens*: Ernährung mässig, Knochenbau gut, proportionirt. Die Haut auf der Stirn bedeutend verdickt. Am rechten Auge ein Ectropion. Entsprechend der Glabella sieht man eine Oeffnung, aus welcher schwarzer, rauher Knochen hervorragt, desgleichen eine zweite 5 Ctm. über der ersten nur mit dem Unterschiede, dass hier der Knochen perforirt ist, denn in einer kleinen Oeffnung desselben sieht man Eiter in pulsirenden Bewegungen. Ferner findet man auch am oberen rechten Orbitalrande eine Fistel; die ebenfalls auf rauhen Knochen führt. Die Anamnese ist äusserst dunkel. Vor 21 Jahren hat ihn ein Pferd am Kopf gebissen und dem entsprechend findet sich auch eine längliche Narbe in der Gegend der Sutura sagittalis. Vor 20 Jahren hat Pat. irgend eine venerische Krankheit überstanden, weiss jedoch nichts Näheres darüber anzugeben. Vor 2 Jahren bildete sich eine eiternde Wunde in der Glabellarregion der Stirn, dann höher. — Da die Vermuthung nahe liegt, dass es sich um eine Necrose in Folge eines gummösen Processes handele, hat Pat. längere Zeit Jodeisen bekommen, sonst nur roborirende Diät. Trotzdem fast ein Jahr vergangen, ist das Knochenstück noch ebenso unbeweglich wie vorher. P. fragt die Versammlung, ob noch weiteres Zuwarten rathsam, oder ob man berechtigt ist operativ einzugreifen, da bekanntlich nach Entfernung derartig grosser Necrosen nur Ueberhäutung eintritt.

Die anwesenden Chirurgen sprechen sich für ein operatives Eingreifen aus.

3. Dr. Anders verliest einen Theil einer grösseren Arbeit «Studien über die Stellung der Wirbelsäule in freier Haltung und bei Suspension», die demnächst veröffentlicht werden wird.

Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Die Medicinal-Verwaltung von Warschau hat eine Anfrage an die Aerzte gerichtet mit der Bitte in drei Tagen eine Antwort zu geben, ob Sie bereit seien im Nothfalle eine sanitäre Aufsicht in gewissen Districten zu übernehmen, gratis, oder für eine gewisse Entschädigung. Warum denn immer dieses *umsonst*?

(Gaz. lek. № 29.)

— Die Frequenz in den grösseren galicischen Badeorten betrug im Laufe dieses Sommers bis zum 16. Juni: in *Krynica* 1494, in *Roznow* 910, in *Szczawnica* 1554, in *Truskawèc* 692 Kranke.

— Dr. L. E. Borchheim in Amerika empfiehllt im Journ. of Cutan. and Vener. diseases, April, bei Epidymitis Tinct. Pulsatill. (2 gutt. alle 2 Stunden).

— Dr. Mosler (Norsk Magazin for Loegenvidensk, April 15. 1884) hat ein achtzehnjähriges Mädchen, das an Chorea litt und vergeblich Arsen und Morphium gebraucht hatte, mit Chloralhydrat geheilt; sie erhielt 30 Gran des Mittels Anfangs zwei, dann ein Mal täglich, verschlief den ganzen ersten Tag und hatte nach Verlauf einer Woche ihre Krankheit, welche nach Zahnschmerzen auftrat, ganz verloren. (New-York Medic. Record June 14. 1884.)

— In Schweden ist ein *Reglement* für den zulässigen Gehalt an *Arsen* in Gebrauchsgegenständen eingeführt. Zeuge sind verboten, wenn man bei der Untersuchung auf Arsen aus einem 220 Quadratcentimetern grossen Stück derselben einen schwarzen oder braunschwarzen, mindestens theilweise undurchscheinenden Arsenspiegel in einer Glasröhre von 1½—2 Mm. inneren Durchmesser erhält, bei Tapeten gilt dasselbe, wenn 440□ Cm. untersucht worden. Auf Schmelck's (Repert. f. analyt. Chem. 1882 pg. 321) Vorschlag ist das Reglement dahin verändert worden, dass von Zeugen, Papier, Rouleaux, Tapeten und dergl. 200□ Cm. zur Untersuchung verwendet werden sollen. In der Probe müssen alle Farben vertreten sein, von trockenen Farben wird 1,0, von Garn, gefärbten Blumen, Oblaten etc. 5,0, von Farbenanstrich die von einer Fläche von 200□ Cm. abzuschabende Menge untersucht. Die Methode der Untersuchung ist dahin genau formulirt, dass der Gasstrom, der zur Her-

stellung des Arsenspiegels verwendet wird, an der Spitze des Glührohrs eine 4—8 Mm. lange Flamme geben soll, das Rohr mit einem Querschnitt von $1\frac{1}{2}$—2 Mm. wird 20 Minuten geglüht. Die Entscheidung darüber, ob ein Gegenstand als arsenhaltig zu verbieten sei, wird in folgender Weise gegeben. Es werden vorher ein für allemal unter den oben angegebenen Verhältnissen aus je 0,001 As. 4 Arsenspiegel in Glühröhren als Vergleichsapparate dargestellt, die Röhren werden zugeschmolzen, zwei von ihnen werden auf dem Gesundheitsamt niedergelegt, zwei behält der Untersucher. Erhält nun dieser unter den festgesetzten Bedingungen einen Spiegel am Glührohr, der sich in unterchlorigsaurem Natron löst, so wird er mit dem Normalspiegel verglichen und kommt er diesem an Stärke und Grösse gleich, so wird der fragliche Gegenstand für verboten erklärt, ist er schwächer, so kann er verkauft werden.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1884).

— A. Voisin machte am 15. Juni a. c. der Pariser medicinischen Akademie eine Mittheilung über die Region des Sulcus Rolando in ihren Beziehungen zum späten Gehen kleiner Kinder. Auf 5 von ihm beobachtete und secirte Fälle sich stützend, behauptet er, dass das Zurückbleiben des Gehens und der Geschicklichkeit im Gebrauche der Glieder von einer mehr oder weniger intensiven Atrophie der Gehirnrinde an der obern innern Fläche beider Centralwindungen in der Nähe des Lobulus paracentralis abhänge. Im Leben wiesen die Kranken verschiedene Symptome auf, wie Rückstand der Sprache, linkische Bewegungen der Oberarme, unmögliche oder erschwerte Erlernung des Schreibens, Verbildungen und Asymmetrien der Ohren, unvollständige Entwickelung der Füsse und Incontinenz des Urins. (Progrès medic. 1884, № 25.)

— Torino (Union médic. April 29. 1884) fand bei Schwangeren Schmerzpuncte an der Wirbelsäule und führt das Erbrechen bei denselben auf Spinalirritation und Rückenmarksanämie zurück. Unter Anwendung von Zinkphosphit und Nux vomica sollen nach ihm sowohl das Erbrechen, als auch die Points douloureux verschwinden.

(New-York Medicr Record June 7. 1884.)

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.
Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer Петербургская сторона, по Кронвергскому проспекту, домъ № 71, кв. 19.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17,
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.
Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.
Fr. Strauch, Gr. Podjatscheskaja № 25, Quart. 11.
Laura Hacker, по Лиговкѣ д. № 52 колоній Санъ-Галли кв. № 150 надъ прачешной.
Elise Tennison, Wass.-Ostrow 6. Linie № 33, Quart. 2.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 31 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 36. **St. Petersburg, 8. (20.) September** **1884.**

Ueber die fehlerhafte Drehung der Schultern und des Kopfes bei Scheitellage der Frucht.

Von

J. M. Ssyromjatnikow.

(Schluss.)

Unser Fall bestätigt im vollen Maasse alle von uns aufgestellten Schlussfolgerungen.

Im Beginn stand der Kopf wie wir gesehen, in 2. Scheitellage mit nach hinten gewandtem Hinterhaupt; die Schultern verliefen im 2. schrägen Durchmesser. Als der Kopf mit dem Hinterhaupt unter der Symphyse durchschnitt, traten die Schultern in den früheren schrägen Durchmesser ein, wozu sie eine Drehung von ca. 180° vollführen mussten, wodurch allein im gegebenen Falle die fehlerhafte Drehung bedingt werden konnte, denn bei einer Drehung um 90° wäre die Geburt normal verlaufen, wie bei der 2. Scheitellage bei nach vorn gewandtem Hinterhaupt (siehe oben). Hier aber endigte die Geburt bei 2. Scheitellage und nach hinten gekehrtem Hinterhaupt, wie bei der 1. Scheitellage und nach vorn gewandtem Hinterhaupt (b, 1). Die Schwierigkeit während der Geburt, die durch diese Drehung entstand, war nach unserer Meinung dadurch bedingt, dass der obere Theil des Fruchtkörpers, bei der Drehung der Schultern um 180°, im Verhältniss zu diesen zurückblieb, was auch von uns während der Extraction constatirt werden konnte. Letztere gelang uns erst nachdem wir die Frucht um ihre Achse gedreht hatten. Letzterer Umstand weist auch noch darauf hin, dass der Uterus garnicht die Tendenz hat die Schultern in denselben (früheren) schrägen Durchmesser einzustellen, denn die künstliche Nachhülfe hatte in dieser Richtung keinen Erfolg und nur dadurch, dass man den bei dieser Lage normalen Geburtsmechanismus nachmachte, d. h. indem man die Schultern in den, dem früheren entgegengesetzten, schrägen Durchmesser einstellte, gelang es die Geburt zu vollenden. — Das Factum, dass die Erschwerung der Geburt in unserem Fall, namentlich durch die Ueberdrehung des Fruchtkörpers bedingt war, scheint uns, unserer Meinung nach, äusserst wichtig zu sein, da es beweist, dass die Geburten bei der Drehung der Schultern um 180° deshalb so schwierig sind, weil der Uterus nur ungern ein Drehung der Schultern und des Fruchtkörpers um 180° zulässt; deshalb erlauben wir uns hervorzuheben, dass solche übermässige Drehungen d. h. wo das Hinterhaupt nach hinten gewandt, viel seltener vorkommen müssen, als wo das Hinterhaupt nach vorn gewandt und die Drehung der Schultern mit 90° (a) begrenzt ist, einer Drehung, die selbst bei normalem Geburtsmechanismus gestattet ist (A). — Als begünstigende Momente für eine so bedeutende Drehung der Schultern möchten wir in unserem Falle anführen: 1) die Atonie der Gebärmutter, die sich als Wehenschwäche kund gab und sowohl durch die häufigen Geburten (9. Geburt) wie durch Hydramnion bedingt war; 2) der Ascites, wodurch die Thätigkeit der Bauchpresse bedeutend herabgesetzt war. Dank diesen Ursachen konnten die Schultern, bei der Drehung des Hinterhaupts nach vorn, die im gegebenen Falle dem normalen Geburtsmechanismus entsprechend nothwendig war, in Folge genügender Beckenweite sich über den entgegengesetzten 1. schrägen Durchmesser hinüberdrehen, in den sie, wir wir sehen, auch stets bei 2. Scheitellage eintreten (II). Diese übermässige Drehung aber konnte dazu führen, dass die rechte (hintere) Schulter später auch über den queren Beckendurchmesser hinüberwanderte, wodurch eben die fehlerhafte Drehung entstand.

Wir bedauern, dass wir, zum Beweise unserer Schlussfolgerungen, ausser diesem Falle nicht auch noch unsere ziffermässigen Daten anführen können. Doch wollen wir das recht reichhaltige Material von Dohrn benutzen und sehen, wie weit es mit unseren ihm widersprechenden Schlussfolgerungen übereinstimmt.

Bei Dohrn finden wir unter 2258 Scheitellagen 205 Fälle von fehlerhafter Drehung von Schultern und Kopf notirt. Unter den 2053 Fällen von regelrechter Drehung finden wir:

Hinterhaupt nach hinten gewandt.	2. Scheitellage.	Primipara.	Forceps.
16 %	33 %	39 %	7 %

Unter den 205 Fällen von fehlerhafter Drehung dagegen:

19 %	38 %	55 %	9 %

Aus diesen Zahlen geht mit Evidenz hervor, dass bei der fehlerhaften Drehung der Schultern, verglichen mit den normalen Geburten, das Hinterhaupt (namentlich bei 2. Scheitellage) nach hinten gewandt, häufiger vorkam, ferner

dass die 2. Lage vorwaltete, dann waren mehr Erstgebärende vorhanden, und endlich musste häufiger die Zange applicirt werden; folglich waren die Geburten bedeutend schwieriger. Nur ist eins aus diesen Zahlen nicht zu ersehen, was Dohrn aus ihnen folgert, dass nämlich die fehlerhafte Drehung der Schultern häufiger vorkommen soll, wenn das Hinterhaupt nach hinten gekehrt und häufiger bei der 2. als bei der 1. Lage.

Nehmen wir an, dass bei mir unter 206 Geburten in 6 Fällen die Wendung gemacht worden ist und 200 ohne Kunsthülfe niederkamen; wollen wir ferner annehmen, dass unter diesen 200 Geburten 1 evolutio spontanea, 199 Schädellagen und 60 Erstgebärende waren, dagegen unter den 6 Fällen von Wendung — 1 Querlage, 5 Schädellagen und 3 Erstgebärende, so kommen auf die 200 Geburten ohne Wendung:

Querlagen.	Schädellagen.	Erstgebärende.
$^1/_2$%	99$^1/_2$%	30%

Dagegen auf die 6 Fälle von Wendung:

16$^2/_3$%	83$^1/_3$%	50%

Aus diesen Zahlen folgt auch, dass in den Fällen, wo die Wendung nöthig ist, verglichen mit den ohne Kunsthülfe beendigten Geburten, häufiger Querlagen und mehr Erstgebärende vorkommen; daraus folgt aber durchaus nicht, dass ich häufiger die Wendung bei Querlagen und bei Erstgebärenden zu machen hatte. Im Gegentheil, die Wendung musste hier häufiger bei Kopf und viel seltener bei Querlagen gemacht werden, denn darunter waren 5 Kopf- und nur 1 Querlage; auch kam die Wendung nicht häufiger bei Erst- als bei Mehrgebärenden in Anwendung, denn die Anzahl beider war gleich (3 und 3). Allein kehren wir zurück zu den Zahlen von Dohrn.

Wenn bei ihm unter 205 Fällen das Hinterhaupt in 19% nach hinten, so folgt daraus, dass es in 81% nach vorn gewandt war etc., d. h. bei Dohrn finden wir:

Unter 205 Fällen von fehlerhafter Drehung.

Das Hinterhaupt nach hinten gewandt.	Das Hinterhaupt nach vorn gewandt.	2. Lage.	1. Lage.	I-para.	Multi-para.
19%	81%	38%	62%	55%	45%

Daraus ist augenscheinlich zu ersehen, dass auch bei Dohrn die fehlerhafte Drehung der Schultern am häufigsten in den Fällen, wo das Hinterhaupt nach vorn gewandt ist, beobachtet wurde, d. h. in $^4/_5$ aller Fälle (81%), während auf die Fälle, wo das Hinterhaupt nach hinten gekehrt, nur etwa $^1/_5$ kommt (19%). Ebenso kam die fehlerhafte Drehung nicht häufiger bei 2. Lage, etwa $^2/_5$ aller Fälle (38%), sondern bei 1. Lage, mehr als $^3/_5$ aller Fälle (62%), zur Beobachtung. Nur die Zahlen von Dohrn, die sich auf das Verhältniss von Erst- zu Mehrgebärenden beziehen, (die Erstgebärenden sind bei ihm reichlicher [55%] vertreten, als die Mehrgebärenden [45%]), können nicht zur Bestätigung unserer Schlussfolgerungen und unseres Falles verwandt werden; dennoch bleiben wir auch in dieser Frage bei der von uns ausgesprochenen Ansicht. Alle anderen Zahlen aber stimmen vollkommen mit unseren Schlussfolgerungen überein, obgleich Dohrn aus denselben Schlüsse gezogen hat, welche den unsrigen ganz entgegensetzt sind.

So sehen wir denn, dass der Hauptsatz von Dohrn, der ihn zum Forschen nach den Gründen der fehlerhaften Drehung veranlasste, dass nämlich die fehlerhafte Drehung häufiger vorkomme, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt, — sich, ebenso wie die Gründe dazu selbst, als falsch erwiesen haben.

Die Schlussfolgerungen von Dohrn sind, wie oben bereits gesagt, von Einzelnen angenommen worden und haben sogar in die Lehrbücher der Geburtshülfe Eingang gefunden, ohne kritisch beleuchtet worden zu sein. Das Resultat davon ist, dass über die Gründe und Häufigkeit dieser Anomalie nur unklare und widersprechende Angaben vorhanden sind, was wir schon im Anfange unseres Aufsatzes auszusprechen Gelegenheit nahmen. Versuchen wir dieses durch ein Citat aus dem Lehrbuch von Spiegelberg (p. 164) zu bestätigen, er sagt: «Die Drehung der austretenden Schultern ist in der Art abweichend, dass sie durch denselben schrägen Durchmesser wie die Pfeilnaht passiren und nicht durch den entgegengesetzten; also bei 1. Lage durch den 1. schrägen, die linke Schulter voran; bei der 2. Lage durch den 2. schrägen, die rechte voran. Dann macht das geborene Hinterhaupt keine rückläufige Bewegung nach der Seite, aus welcher es nach vorn rotirte, sondern eine weitere Drehung nach der entgegengesetzten, wendet sich also z. B. bei der 1. Lage nach dem rechten Mutterschenkel.» Dieses kann auch möglich sein, wie wir es gesehen haben, aber nur, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, bei Drehung der Schultern um 90°. (Siehe a).

Darauf fährt Spiegelberg fort: «In seltenen Fällen kommt eine so bedeutende Ueberdrehung vor, dass die Schultern in den schrägen Durchmesser gelangen, welchen sie bei normalem Verlaufe zu passiren haben, jedoch mit Umkehrung der Rücken und Bauchfläche; der Rumpf hat sich dann also um die Hälfte eines Kreises gedreht, und die Schultern treten z. B. nach Geburt des Kopfes in 1. Lage aus, wie bei 3. Stellung». Dieses entspricht nach unserem Schema (b), den fehlerhaften Drehungen, wenn das Hinterhaupt nach hinten gekehrt; dagegen, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, nur den Fällen wo die Drehung 180° erreicht.

Uebereinstimmend mit uns finden wir somit bei Spiegelberg die Ansicht vertreten, dass die fehlerhafte Drehung der Schultern um 180° nur in seltenen Fällen vorkommt.

Gleich darauf sagt Spiegelberg, offenbar schon durch die Anschauung von Dohrn beeinflusst: «Die Ursache dieser fehlerhaften Drehungen scheint hauptsächlich in der Figur und Stellung des Uterus gelegen zu sein, weniger in der Beschaffenheit des Beckens, auch in dem Vorfall der Extremitäten neben dem Kopfe oder den Umschlingungen der Nabelschnur. Man beobachtet dieselben häufiger bei primär nach hinten gerichtetem Hinterhaupt, also auch häufiger bei 2. als bei 1. Schädellage; bei Erstgebärenden, in Folge der grösseren Straffwandigkeit der Gebärmutter bei diesen, und häufiger bei Zangenextractionen, als bei spontaner Geburt».

Hier spricht schon Spiegelberg diejenigen Ansichten aus, die zu widerlegen Ziel dieser Arbeit war.

Unsere Schlussfolgerung führt zu der Ansicht, dass die fehlerhafte Drehung der Schultern im Grunde genommen nichts anderes bedeutet, als dass die Geburt in einer Lage endigt, die der entgegengesetzt ist, in welcher beim Beginn der Kopf stand. Dabei treten die Schultern, wenn das Hinterhaupt unter der Symphyse durchschneidet, in den Beckeneingang ein und zwar, bei beiden Stellungen der ersten Scheitellage, stets im *ersten* schrägen Durchmesser (2); bei beiden Stellungen der 2. Scheitellage, im *zweiten* (1). Anders ausgedrückt: bei fehlerhafter Drehung treten die Schultern, wenn das Hinterhaupt unter der Symphyse durchschneidet, stets in die schrägen Durchmesser ein, die mit der anfänglichen Lage des Kopfes gleichnamig sind, d. h. bei 1. Lage im ersten, bei 2. im 2. schrägen Durchmesser. Hierzu sind folglich zu rechnen die fehlerhaften Drehungen um 90° bei 1. und 2. Scheitellage, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, und die Drehungen, wenn das Hinterhaupt nach hinten gerichtet (a und b, 1). Was aber die übrigen Stellungen betrifft (b, 2), wo das Hinterhaupt nach dem Kreuzbein gekehrt hervortritt, d. h. die Fälle von Ueberdrehung, wenn das Hinterhaupt nach vorn gerichtet war, so treten hier die Schultern in schrägen Durchmessern ein, die denen ungleichnamig sind, in welchen der Kopf im Beginn stand, d. h. bei 1. Lage und nach vorn gerichtetem Hinterhaupt treten sie im 2. schrägen Durchmesser ein, aber bei 2. Lage und nach vorn gekehrtem Hinterhaupt im ersten.

Ausserdem erlauben wir uns noch zu bemerken, dass die,

von uns zugelassene, Möglichkeit der Entstehung dieser beiden letzten Arten von Ueberdrehung, die, wie wir sahen, auch Spiegelberg anerkennt, unserer Meinung nach noch der Bestätigung in dem Sinne verlangt, dass sie auch thatsächlich in der Praxis vorkommt, denn bei normalem Geburtsverlauf wendet sich gewöhnlich das nach hinten gerichtete Hinterhaupt nach vorn (s. oben die Anmerkung). Resumiren wir zum Schluss unsere Anschauungen in dieser Frage:

1) Die fehlerhafte Drehung von Schultern und Kopf besteht, im Grunde genommen, in nichts Anderem, als in der Beendigung der Geburt in einer Lage, die derjenigen entgegengesetzt ist, in welcher im Beginn der Kopf stand.

2) Sie entsteht bei beiden Scheitellagen, wenn das Hinterhaupt nach vorn gewandt, bei einer Drehung der Schultern um 90° und ferner, was auch möglich ist, bei einer Drehung derselben um 180° (Ueberdrehung).

3) Bei beiden Scheitellagen entsteht die fehlerhafte Drehung, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt ist, *nur* bei Drehung der Schultern um 180° (nur Ueberdrehung).

4) Am häufigsten müssen die fehlerhaften Drehungen um 90° zur Beobachtung kommen bei den Scheitellagen, wo das Hinterhaupt nach vorn gerichtet (und unter diesen häufiger bei 1. als bei 2. Lage); darauf folgen die Ueberdrehungen bei den Lagen wo das Hinterhaupt nach hinten gekehrt ist (und unter diesen häufiger bei 2. als bei 1. Lage) und endlich folgt die Ueberdrehung bei Scheitellagen, wo das Hinterhaupt nach vorn gewandt ist (diese letztere Möglichkeit nur theoretisch zugelassen).

5) Die Ursachen für diese Anomalie sind unserer Meinung nach in allen den Momenten zu suchen, die überhaupt eine Rolle beim Geburtsmechanismus spielen, als da sind: Die Beckenform (weites Becken), der Uterus selbst (Atonie desselben in Folge häufiger Geburten, Hydramnion), mangelhafte Thätigkeit der Bauchpresse (Oedem der Bauchdecken etc.), *die Frucht*. Endlich:

6) kann die fehlerhafte Drehung, wenn das Hinterhaupt nach hinten gewandt ist, eine Erschwerung der Geburt, wie in unserem Fall bedingen, die rationelle, auf die Kenntniss des normalen Geburtsmechanismus begründete, Hülfe verlangt.

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von
Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Fortsetzung.)

Die *acute genuine fibrinöse Pneumonie*, welche hinfort wohl der Gruppe der acuten Infectionskrankheiten wird zugezählt werden müssen, nimmt in der Tabelle die *zweite* Stelle ein. In die dort verzeichneten 33 Fälle (30 M., 3 W.) sind 4 Fälle mit eingerechnet, bei denen es nach dem Leichenbefund allerdings nicht ganz zweifellos erschien, ob es sich um primäre und nicht etwa um complicirende Pneumonie handelte. Sie betrafen moribund eingebrachte Kranke, bei denen die Section ausser der Lungenveränderung einen bedeutend grösseren frischen Milztumor aufwies, als man ihn gewöhnlich bei Pneum. fibrinosa findet (die Milzmaasse betrugen 1) 23, 12, 5 Cm., 2) 18, 12, 5,5 Cm., 3) 20, 12, 5 Cm., 4) 20, 8, 2 Cm.) und die daher beim Fehlen anderweitiger chronischen Milztumor bedingender Organerkrankungen der Febr. recurrens verdächtig erschienen, wobei andererseits jedoch eine vorausgegangene Malaria nicht ausgeschlossen werden konnte. Nach den Monaten rubricirt, kamen auf den Januar 2 Fälle, Februar 3, März 6, April 3, Mai 4, Juni 2, Juli 4, August 0, Septemb. 2, October 0, November 3, December 4. Zur Section gelangten 29. Die Frage, ob eine jede fibrinöse (croupöse) Pneumonie auf Invasion der specifischen Pneumonie-Kokken beruhe oder ob unter Umständen auch die Erreger anderer acuter Infectionskrankheiten im Stande seien, denselben Entzündungsprocess in den Lungen zu entfachen wie der Friedländer'sche Kokkus, harrt noch der Entscheidung. Ich vermuthe, die Zukunft wird diese Frage in positivem Sinne entscheiden; doch glaube ich einstweilen vom rein anatomischen Standpuncte bei Betrachtung der Frequenz der fibrinösen Pneumonie in den einzelnen Lungenabschnitten zu den genannten 29 Fällen noch 9 Fälle sog. complicirender Pneumonie hinzuschlagen zu dürfen. Sechs derselben haben unter «Febr. recurrens», einer beim Abdominaltyphus bereits Erwähnung gefunden, die beiden letzten wurden in einem Falle von Chloralintoxication und bei einem schweren Erysipelas bullos. beobachtet. Diese 38 lobären Pneumonien vertheilten sich folgendermaassen: 22mal war die rechte Lunge allein, 9mal die linke ausschliesslich und 8mal beide zusammen erkrankt. An den 30 Pneumonien der rechten Seite betheiligte sich der Oberlappen 19 Mal, hierunter 9 Mal sicher als der zuerst erkrankte Theil, 6 Mal als der überhaupt allein erkrankte dieser Seite und 3 Mal als in der 2. Reihe erkrankt. Der rechte Unterlappen wurde 17 Mal, der Mittellappen 12 Mal ergriffen gefunden (immer ist *totale* Erkrankung gemeint). An den 17 Pneumonien der linken Seite nahm der Unterlappen 13, der Oberlappen 9 Mal Theil. Fast stets wurde der Process im Stadium der grauen resp. gelben Hepatisation angetroffen. Fünfmal war es zu centraler Gangrän gekommen, 3 Mal im linken, 2 Mal im rechten Unterlappen. Zweimal ist acute serofibrinöse Pericarditis als Complication zu verzeichnen.

Von sonstigen Processen an den Lungen sind zu nennen: Fünf Fälle von *Lungengangrän*; 4 gelangten zur Section, sie waren ätiologisch sämmtlich von einander verschieden. Während bei einem Recurrensreconvalescenten (36j. Mann) die umfangreiche, fast diffuse Gangrän des linken Unterlappens und begleitende jauchige Pleuritis möglicherweise auf einem nicht näher aufgedeckten Zusammenhang mit der Allgemeininfection beruhte, handelte es sich in einem zweiten Falle um putride Bronchitis mit consecutiver sehr ausgebreiteter Gangrän sämmtlicher Lappen der rechten Lunge, bei einem weiteren um phthisische Processe und beim letzten um ein Ulcus oesophagi, welches durch Perforation zur Bildung einer umfangreichen gangränösen Höhle im rechten Oberlappen geführt hatte.

Es betraf dieser Fall eine 62j. Frau mit Arteriosklerose: c. 1 Cm. über der Theilungsstelle der Trachea war der Oesophagus rechts durch ein 5 Cm. langes und 2 Cm. breites Loch perforirt, durch welches man in die mit entsetzlich stinkender Jauche angefüllte Lungenhöhle gelangte. Die scharfen Ränder des Ulcus waren leicht geschwellt, grau gefärbt, die Schleimhaut etwas unterminirt, die Muscularis stufenartig vorspringend. Keinerlei Induration oder dergleichen, Schleimhaut bis zum Rande des Ulcus fast völlig normal. Ich halte dieses Geschwür für ein «Ulcus rotundum simplex oesophagi» — Analogon des einfachen runden Magengeschwürs. Das Präparat ist durch ein Missverständniss für die mikroskopische Untersuchung leider verloren gegangen.

Im Anschluss an die gangränösen Processe der Lunge erlaube ich mir den folgenden Fall von *Lungenabscess* zu erwähnen:

Bei einem 29j. Manne fand sich die Basis des rechten unteren Lungenlappens fest mit dem Zwerchfell verwachsen, in dem rechten Lappen der sonst normal grossen und deutliche Läppchenzeichnung darbietenden Leber ein gänseeigrosser Abscess, erfüllt mit bräunlichem Eiter und begrenzt von einer 3 Mm. breiten schiefergrauen ziemlich derben Bindegewebsschicht; der Abscess war nach Perforation des mit der Oberfläche des rechten Leberlappens circumscript verwachsenen Zwerchfells in den unteren rechten Lungenlappen durchgebrochen und hatte hier zur Bildung einer apfelgrossen buchtigen mit glatter Neomembran ausgekleideten Caverne geführt. Das umgebende Lungengewebe verdichtet, sonst Oedem. Näheres kann ich leider nicht berichten: die Section ist in meiner Abwesenheit gemacht und das Präparat nicht aufbewahrt worden. (Pat. hatte 5 Monate hindurch an äusserst quälenden Nachtschweissen gelitten und bot das Bild eines Phthisikers dar. Bemerkenswerth ist das Sputum: dasselbe war von eigenthümlich bräunlich-rother Farbe, unangenehmem jedoch nicht eigentlich üblem, etwa foetidem Geruch, wurde in täglichen Quantitäten von c. 200 Ccm. entleert und theilte sich in dem halb mit Wasser gefüllten Speiglase in 3 Schichten, die unterste aus soliden, nicht luftenthaltenden bräunlichen Klumpen

bestehend, die mittlere flüssig, röthlich-braun, die oberste, dickste Schicht braun-röthlich von schleimiger Beschaffenheit).

In der Tabelle sind nur 3 *Pleuritiden* verzeichnet, im Ganzen wurde jedoch in nahezu 20 Fällen ein mehr oder weniger beträchtliches, für den tödtlichen Ausgang nicht bedeutungsloses Exsudat notirt (ganz abgesehen von geringfügigen, entzündliche Processe der Lunge begleitenden Pleuritiden). Derartige Fälle sind in anderen Rubriken mit enthalten; so z. B fanden sich 3 Mal bei Lungengangrän beträchtliche jauchige Exsudate, mehrere Fälle von Pyothorax und Pyopneumothorax sind gelegentlich der Tuberculose erwähnt, eine jauchige Pleuritis als Complication von Recurrens, ein Empyem bei Typh. abdom., etc. (s. auch weiter unten, Caries u. s. w).

Der folgende Fall, den ich unter die genuinen Pleuritiden nur behufs der Rubricirung gerechnet, ist möglicherweise auch secundär. Ich gebe das ganze Sectionsprotokoll, weil sich eine solche Fülle schwerer Organerkrankungen wohl nur selten in einer und derselben Leiche vereinigt finden dürfte. Es handelte sich um ein sterbend eingebrachtes Frauenzimmer von c. 50 Jahren.

Schädelhöhle: ausser Annämie des Gehirns nichts Bemerkenswerthes:

Brusthöhle: links c. 1600 Ccm. dünnen, serös-eitrigen Exsudates, mit einzelnen Fibrinflocken untermischt; pleur. cost. und pulm. mit reichlichen, weichen, eitrigen Fibrinmassen überzogen, Lunge comprimirt, liegt der Wirbelsäule an, mehrere langausgezogene Stränge zwischen innerer Thorax- und äusserer Lungenoberfläche, seitlich zwischen 4. und 6. Rippe; die linke Lunge kaum halb so gross als eine normale, gut collabirte, der Unterlappen auf dem Durchschnitt grau, vollkommen atelektatisch, blut- und luftleer, schlaff, der Oberlappen mässig lufthaltig, trocken. Die rechte Lunge gut collabirend, überall lufthaltig, sehr geringes Oedem. Bronchialdrüsen leicht vergrössert, derb, sehr dunkel, tintenschwarz pigmentirt, beim Durchschneiden knirschend, eine c. klein wallnussgrosse Drüse an der hinteren Seite der Trachealbifurcation total verkalkt resp. verknöchert, der Trachea untrennbar fest ansitzend. Bronchialschleimhaut atrophisch, gegittert. — Herzbeutel dilatirt, enthält 150 Ccm. klaren Serums, mehrere Sehnenflecke auf dem Epicard, welches fettarm; keine entzündlichen Veränderungen. Herz 10,5, 10,0 und 4,5 Cm. Musculatur blass, hellbraun, doch von guter Consistenz, keine Fettflecke. Aortenzipfel der Mitralis leicht geschrumpft, gegen den freien Rand einige flachknollige, derbsehnige Verdickungen. Tricuspidalis, Pulmonales normal. Am Aortenostium zwei Klappensegel mit einander verwachsen und an der Commissur vollkommen abgelöst, so dass sie beide zusammen eigentlich eine einzige, langgestreckte Klappe darstellen (3,5—4 Cm.), auch die 3. Klappe länger als normal, sämmtliche derb, schwielig verdickt, mit knotigen Anschwellungen versehen. An der Ventrikelfläche des relativ normalsten Segels einige frische kleine Vegetationen resp. Fibrinbeschläge. Insufficienz und Stenose. Sklerose der Aorta.

Bauchhöhle. Netz und Mesenterium normal; c. 300 Ccm. sanguinolenten Serums. Darm aufgetrieben, Flexur. sigmoid. an der linken Seite des Fundus uteri mit dem Peritonäum des kleinen Beckens circumscript verwachsen, die linke Tube schlägt sich um das betreffende Darmstück herum (keine Stenosirung). Der Uterus auf das Doppelte bis Dreifache seines normalen Volums vergrössert; die Milz in der Bauchhöhle weder sichtbar noch palpirbar, wird gegen das Cavum peritonäi hin durch eine feste derbe Bindegewebsmembran abgeschlossen, welche z. Th. aus der verdickten Milzkapsel selbst z. Th. aus neugebildetem, schwartigem Bindegewebe besteht, das seitlich und am Zwerchfell continuirlich in den Peritonäalüberzug dieser Theile übergeht und mit dem Fundus ventriculi verlöthet ist. Die nähere Präparation ergiebt folgendes: Die rundliche, flach-kuchenförmige Milz (10 Cm. Durchmesser, 2 Cm. Dicke) bildet, von der Innenfläche der Rippen, denen sie sonst anliegt, nach vorne hin abgedrängt im Verein mit den genannten Bindegewebsschwarten die vordere dicke Wand eines Abscesssackes, der nach oben hin vom Zwerchfell, seitlich hinten vom Peritonäum parietale begrenzt wird und ungefähr halbkuglig gestaltet sein dürfte. Der faustgrosse Sack ist fast überall mit eitrigen Neomembranen ausgekleidet und enthält c. 200 Ccm. graugrünlichen, stinkenden Eiters; an der Innenfläche seiner vorderen Wand gelangt man durch ein für den Daumen durchgängiges Loch in eine c. wallnussgrosse im Milzgewebe gelegene Eiterhöhle mit fetzigen, flottirenden, missfarbigen Wandungen. Das Gewebe der Milz hellnussbraun, zäh. An der Verlöthungsstelle des Magens auf dessen Schleimhautfläche nichts Abnormes; keine Perforation des Zwerchfells. Keine Rippencaries. — Die Schleimhaut des vergrösserten Uterus geschwürig zerfallen, sie und die Port. vaginal. uteri krebsig entartet; vom linken Uterushorn aus gelangt man durch einen kurzen, ebenfalls mit schwammiger Krebsmasse ausgefüllten Kanal in eine hinter dem Fundus uteri gelegene durch neugebildete Bindegewebsmembranen und die Verwachsung der Flexura sigmoid. mit dem Peritonäalüberzug des Uterus gebildete mehr als wallnussgrosse Höhle, die mit jauchigem Eiter erfüllt ist und aus der 2 Löcher, eines von 15 das andere von 5 Mm. Durchmesser, in den angelötheten und perforirten Dickdarmabschnitt hineinführen. Auf der Schleimhautseite des Darmes sind die Ränder der beiden Perforationsöffnungen mit stark gewulsteter, missfarbig-grauer Schleimhaut wallartig umgeben — eine weiche schwammige Masse. Die übrigen Organe boten nichts Bemerkenswerthes dar.

Ich habe diesen complicirten Fall unter die Empyeme gerechnet, weil höchst wahrscheinlich die Pleuritis diejenige Erkrankung war, an der die Frau schliesslich zu Grunde gegangen. Dass hierbei der Milzabscess die Ursache des Empyems gewesen, ist anzunehmen — auch beim Fehlen einer Perforation des Zwerchfells—aber nicht zu behaupten.

Gleichfalls secundär, aber kaum anders zu rubriciren, ist ein Empyem, welches sich bei einem höchst decrepiden 64j. Greise vorfand — hier wurde als vermuthliche Ursache eine gut wallnussgrosse, flüssigen grauen geruchlosen Inhalt führende Caverne des linken Unterlappens constatirt, deren Ursprung bei Abwesenheit phthisischen und bronchiectatischen Veränderungen in den übrigen Lungenabschnitten nicht leicht zu deuten war. Im letzten Falle (50j. Mann) handelte es sich um ein sehr langwieriges Empyema idiopathicum, das mit totaler Verwachsung beider Pleurablätter ausheilte. In den Schwarten fanden sich sehr zahlreiche Knochenplättchen von Hirsekorngrösse bis zu einem Umfang von 2—3 □ Cm. und unebener, höckeriger Oberfläche, leicht herauszuheben.

(Ueber einen Fall von Tumor pulmon. und von Sarcoma mediastini et Pleurae lat. dext. vergl. unten).

Verweilen wir bei den Organen der Brusthöhle so ist zu erwähnen, dass unter den tödtlich verlaufenen *Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe*, von welchen 21 Fälle (13 M., 8 W.) zur Section gelangten, die chronischen Erkrankungen der Aorta den ersten Platz einnehmen — Endaortitis chronic., Sklerose und Atheromatose (6 Männer, 5 Weiber), meist mit mehr oder weniger tief *nach abwärts* sich erstreckender diffuser Dilatation des Gefässrohres, oft combinirt mit gleicher Degeneration der Klappen und dann Insufficienz und Stenose bedingend. Derartige Fälle habe ich in der Tabelle nicht unter die Klappenfehler gerechnet, eigentliche Klappenfehler als die Residuen früher einmal überstandener Endocarditis valvular. kamen als Hauptbefund nur 3 Mal vor (3 Männer) — eine Insufficienz der Mitralis und Stenose des Ost. ven. sin. und zweimal Insufficienz und mässige Stenose an den Gebilden des Ost. art. sin, — mit drusigen, harten Kalkablagerungen in den Klappen und hierdurch bedingter Verengerung des Ostiums. Acute Endocarditis (theils mit, theils ohne makroskopisch constatirbare Geschwürsbildung präsentirte sich ausser dem bereits bei Besprechung der Recurrens erwähnten Falle 4 Mal (3 W., 1 M.). Genuine Erkrankungen des Herz*muskels* wurden 4 Mal constatirt und zwar 2 Mal Myocarditis chron. fibrosa, 2 Mal fettige Degeneration ohne sonstige gewöhnlich zu dieser Veränderung führende Organerkrankungen — als *Haupt*erkrankung.

Unter den 11 Fällen chronischer Endaortitis befinden sich, abgesehen von den mehr diffusen Dilatationen bei Sklerose und Atheromatose, 4 Fälle von *Aneurysma.*

1) 29-j. Mann. Concentrische Hypertrophie des Herzens, Aneurysma diffusum des aufsteigenden und Bogentheiles der Aorta, Sklerosis des ganzen Rohres *(ohne atheromatöse Degeneration)*; Zugang zur Carotis sin. bis auf 1 Mm. Durchmesser verengt, Lumen der Subclav. sin. bis auf einen Rest von dem Durchmesser einer dünnen Stricknadel obliterirt — bis 5 Cm. unterhalb des Abganges.

2) 39-j. Mann. Aneurysma. Cricotomie wegen hochgradiger laryngostenotischer Erscheinungen. Einführung eines Katheters, grosse Erleichterung. Am 6. Tage tödtliche Blutung aus dem Katheter. Auffallend kleines fast kugliges Herz (L. 9. Br. 8. D. 7 Cm.), Ventr. sin. 10—12 Mm., Ventr. dxt. 4 Mm., Ost. art. sin. 7 Cm., diffuse Dilatation der Aorta bis zum Diaphragma, am stärksten im Bogentheil (Umfang des Rohres 5 Cm. über dem Ost. 10,5—11 Cm.), zwerchsack-ähnliche beträchtliche Erweiterung des Trunc. anonym., der Trachea fest anliegend und sie verengend; an der Vorderfläche der letzteren, 6 Cm. unterhalb der wahren Stimmbänder, eine kleine, missfarbig geänderte Perforationsöffnung, durch welche man mit der

Sonde in den aneurysmatischen Sack gelangt. Aorta desc. thor. 8 Ctm. Umfang. Sklerose der Intima, keine Atheromatosis. Carotis sin. obliterirt (am Präparat ein 5 Cm. langer vollkommen solider Strang), Lumen der Subclav. sin. am Abgang des Gefässes c. 1 Cm. weit auf Stricknadeldicke verengt.

3) 22-j. Arbeiterin. Wegen quälenden Reizhustens unter Verdacht einer Phthisis incip. einige Wochen behandelt, am Tage der Entlassung plötzlich colossale sofort tödtliche Haemoptoe. In den Lungen keine phthisischen Veränderungen; totale Obliteration der rechten Pleurahöhle. Herz von normaler Grösse, Aortenrohr 5 Cm., über den Klappen 6 Cm. Umfang, Aorta thor. 4, abdom. 3 Cm. Sklerosis. 3 Cm. vom Abgang der Subclav. sin. entfernt ein mehr als gut wallnussgrosses sackförmiges Aneurysma der Aort. thor. desc. aus sämmtlichen Häuten bestehend, mit mehrfachen Schichten graurothen, derben Fibrins austapezirt, durch eine 1,5 Cm. Durchmesser haltende Oeffnung mit dem Lumen der Aorta communicirend und in den linken Bronchus perforirt, auf dessen Schleimhautfläche, 5 Mm. von der Bifurcation der Trachea entfernt eine mit wallartig aufgeworfenen, missfarbigen Rändern umsäumte Oeffnung von 1 Mm. Durchmesser sichtbar ist.

4) 39-j. Frau. Tod durch Embolie der Art. foss. Sylv. sin. Aortenintima in hohem Grade uneben, zahlreiche atheromatöse Geschwüre; eines derselben, am hinteren Umfang des Gefässes 3—4 Cm. über den Klappen durch Intima und Media perforirt, gut kirschgrosses, mit alten Fibrincoagulis ausgefülltes Aneurysma dissecans, dessen Wandungen von dem schwielig entarteten Bindegewebe der Adventitia gebildet werden. Communication mit dem Aortenlumen durch ein 8 Mm. haltendes Loch.

Bei den *acuten Endocarditiden* handelte es sich in Kürze um folgende Fälle.

1. Julie S. 35 a. n. Verlauf unter dem Bilde eines Typh. abdom. Aetiologie dunkel. Herz nicht vergrössert, Musculatur schlaff, blass, grauroth, vereinzelte miliare Abscesschen in der Wand des l. Ventr., kleine Hämorrhagien in den Papillarmuskeln. Beide Zipfel der Mitralis ulcerirt, an der Vorhofsfläche des linken Zipfels ein umfangreiches Ulcus mit blassgelben Fibrinauflagerungen; am rechten Zipfel erhebt sich auf exulcerirter Basis ein klein kirschgrosser, missfarbiger Thrombus. Eitrige Meningit. basilar. und spinal. In der linken Niere und der Milz mehrere kleine entfärbte Infarcte (bis bohnengross), Fettleber, ältere phthisische Affection der Lungenspitzen; Uterus gravidus (7.—8. Monat), frische Frucht.

2. Annette R. 22 a. n. Aetiologie dunkel; Verlauf äusserst rapid in c. 3 × 24 Stunden; ausgesprochen «typhöses» Krankheitsbild. — Herz 12,5 Cm. breit und ebensolang, subepicardiale Ekchymosen hinten und *links* seitlich; Muskulatur derb, grauroth; Hypoplasie der Aorta, dieselbe misst 3 Cm., über den Klappen nur 5 Cm. Umfang bei 165 Cm. Körperlänge und starkem Knochenbau der Leiche. Beginnende Sklerose der Aortenintima. Auf den Segeln der Mitralklappe und auf denen des Aortenostiums zahlreiche kleine, gelbröthliche, weiche Excrescenzen. Punctförmige Ekchymosirung des Endocard. parietale. Eben solche, jedoch viel zahlreicher, auf der Tracheal- und Bronchialschleimhaut, desgleichen auf der Schleimhaut des Magens. Durch die Serosa des Darmes schimmern hier und da Hirsekorn- bis linsengrosse violettschwärzliche Flecke durch, sie entsprechen etwa ebenso grossen rundlichen Erhebungen von gleicher Farbe auf der Schleimhaut — einige führen einen gelben Eiterpunct im Centrum. Auf dem Durchschnitt erweisen sie sich als kleine hämorrhagische Zertrümmerungen der Darmhäute. Sie finden sich am zahlreichsten im Jejunum (20—25), einige wenige im Ileum und Dickdarm. Nieren vergrössert, durch die Kapsel zahlreiche punctförmige blaurothe Ekchymosen durchschimmernd, zahlreiche submiliare Herdchen (sog. «Pilzembolien)» in Form von gelben Flecken und Streifen in der Rinde und besonders dem Mark. Milz stark vergrössert (20, 12 und 8 Cm.), dunkelburgunderroth, drei nussgrosse frische derbe Infarcte.

3. Elisabeth B. 67 a. n. Recurrirende Endocarditis valvular. Synechia pericard. total; zahlreiche frische Verrucae an den Mitral- und Aortensegeln, die umfangreichste derartige Bildung, einen weichen graugelblichen Zapfen von 10—12 Mm. Länge und 7—10 Mm. Dicke darstellend, an der Vorhofsfläche des Aortenzipfels der Mitralis, zum grössten Theil aus Fibrin bestehend. Keine Embolien oder Infarcte.

4. Jahn U. 30 a. n. Endocarditis im Anschluss an einen verschleppten acuten Gelenkrheumatismus. Herz von gewöhnl. Grösse, sämmtliche Aortensegel mit zahlreichen weichen gelblichen Vegetationen bedeckt, die linke Klappe fast vollkommen abgelöst durch geschwürigen Zerfall längs ihres Anheftungslinie, die Ränder des so gebildeten Loches mit reichlichen Fibrinniederschlägen versehen. Insufficiens und Stenose. Lungeninfarcte. Sonst keine embolischen Veränderungen. (Fortsetzung folgt).

Reminiscenzen vom medicinischen Congress zu Kopenhagen.

Von
Dr. Karl Dehio.

Verrauscht sind die festlichen Tage des achten internationalen medicinischen Congresses, den das gastliche Kopenhagen vom 10. bis 16. August n. St. in seinen Mauern beherbergt hat. Heimgekehrt sind die zahlreichen Theilnehmer desselben und an die Stelle des bunten, geräuschvollen Treibens und der mannigfaltigen Bilder und Eindrücke, die den fremden Arzt vom ersten Augenblicke seines Kopenhagener Aufenthaltes in stetem Wechsel bis auf das ihn heimwärts tragende Dampfboot begleiteten, tritt nun die Stille des gewohnten Wirkungskreises und die Erinnerung macht sich daran, Alles das zu verarbeiten, was der flüchtige Augenblick nur aufnehmen und geniessen liess. In der That hat wohl jedes Congressmitglied zum Schluss der Sitzungen das Gefühl gehabt, dass die Fülle des Dargebotenen seine Assimilationskraft bis aufs Aeusserste angespannt hatte. Schon die Menge der Theilnehmer, welche sich am dritten Tage des Congresses nach den officiellen Listen auf 1670 Aerzte belaufen haben soll, brachte ein so buntes, wirres Durcheinanderwogen von Menschen mit sich, dass es dem Einzelnen schwer fiel, sich in demselben zurecht zu finden und seine Bekannten und Freunde zu treffen, oder die Persönlichkeiten aufzusuchen, mit denen er etwas zu besprechen hatte. Zwar brachte die momentane Gelegenheit eine Menge unverhoffter Bekanntschaften zu Stande, die zu pflegen und auszunutzen gewiss häufig vom allergrössten Interesse gewesen wäre, aber die Strömung des nächsten Augenblicks trieb nur zu oft wieder aus einander, was sich kaum zusammengefunden hatte, und ein Päckchen eingetauschter Visitenkarten, die man Abends in der Rocktasche vorfand, bildete meist das einzige greifbare Resultat, das solche Bekanntschaften eingetragen hatten. Von einem eingehenderen Austausch medicinischer Erfahrungen und Ansichten vermittelst des persönlichen Verkehrs war unter diesen Umständen nur in den seltensten Fällen die Rede, — die übergrosse Zahl der Theilnehmer brachte es eben mit sich, dass der Einzelne dem Einzelnen kaum mehr, als die alleroberflächlichste Aufmerksamkeit schenken konnte. Von Interesse war es dagegen aus dem Gewoge der Massen die Träger berühmter Namen sich abheben zu sehen, welche in so reicher Zahl erschienen waren, dass sie zu nennen ein ermüdendes Beginnen wäre. In den öffentlichen Sitzungen wie in den einzelnen Sectionen hatte man Gelegenheit, um durch ein persönliches Bild die Vorstellung zu vervollständigen oder zu corrigiren, die man sich seiner Zeit beim Lesen ihrer Schriften von ihnen gemacht hatte.

Als officielle Sprachen waren in den Sitzungen das Französische, Englische und Deutsche zugelassen und alle Drei wurden im Allgemeinen wohl gleich viel benutzt; die officielle Geschäftsführung bediente sich des Französischen.

Nachdem schon am Sonnabend den 9. August Abends den Mitgliedern des Congresses im Concertsaal des Kopenhagener Tivoli-Etablissements Gelegenheit geboten worden war, sich gegenseitig zu begrüssen und kennen zu lernen, fand die eigentliche Eröffnung des Congresses Sonntag den 10. Aug. Mittags um ein Uhr im schönen, reich mit den Fahnen und Wappenfarben der Länder, deren Vertreter hier erschienen waren, geschmückten Hauptsaale des Industriepalastes statt. Das Podium war von den Mitgliedern des Congresses erfüllt und die Tribünen und umlaufenden Gallerien von einem reichen Damenflor besetzt, der theils aus Kopenhagnerinnen, theils aus angereisten Frauen von Aerzten bestand, welche ihre Männer zum Congress begleitet hatten. Sie alle wollten sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen, Virchow und Pasteur und wie alle die Berühmtheiten hiessen, von deren Namen die Welt und jede Zeitung voll ist, zu sehen und reden zu hören. Uebrigens muss mit Dank anerkannt werden, dass diese «Damen des Congresses» nicht wenig zur Erhöhung der geselligen Stimmung des Ganzen beigetragen haben, was namentlich auf dem allerliebsten Ausfluge nach Helsirgör, den die ganze Congressgesellschaft am Mittwoch den 13. Aug. unter der liebenswürdigen Führung ihrer Gastfreunde und deren Familien unternahm, sowie auf dem Abschiedsball am Sonnabend den 16. Aug. aufs Angenehmste zu Tage trat. Ueberhaupt war von den Kopenhagener Damen in freundlichster Weise dafür gesorgt worden, dass die angereisten weiblichen Gäste auch sonst sich nicht langweilten. Während die Männer in den Congresssitzungen beschäftigt waren und das geschäftsführende Comité des Congresses alle Hände voll mit der Registrirung der Vorträge etc. zu thun hatte, versammelten sich die Frauen unter der Leitung des s. g. Kopenhagener Damencomité, an dessen Spitze u. A. auch die Tochter des Präsidenten Panum stand, jeden Morgen im grossen Saal des Hôtel d'Angleterre, wo beschlossen wurde, wie der Tag verbracht werden sollte. So wurden das Schloss Rosenborg, die Frauenkirche, das Thorwaldsenmuseum, der Villenort Skodsborg etc. von den Damen in gemeinsamen Ausflügen besucht, und wären die Männer nicht schon selber der Anerkennung der Kopenhagener Gastfreundschaft voll gewesen, ihre Frauen hätten ihnen gewiss kein tadelndes Wort in dieser Beziehung gestattet. Auch am Sonntag zur Eröffnungssitzung brachten die zahlreich erschienenen Damen in die Monotomie der schwarzen Fracks und weissen Cravatten eine freundliche Abwechselung.

Um ein Uhr dieses Tages erschien der König als Protector des Congresses mit der Königin von Dänemark und in ihrer Begleitung der König von Griechenland nebst Gemahlin und Tochter, sowie der dänische Kronprinz nebst Gemahlin, und nachdem dieselben vor der Rednertribüne Platz genommen hatten, begann die feierliche Begrüssung der Congressmitglieder durch den Präsidenten, den Prof. Panum aus Kopenhagen. Nach ihm bestieg der allverehrte Präsident des letztvorhergegangenen (Londoner) internationalen medi

einischen Congresses, Sir J. Paget, das Katheder, um den kosmopolitischen Character der gegenwärtigen Vereinigung zu betonen und die versammelten Vertreter der verschiedenen Nationalitäten als Glieder einer grossen Gesellschaft zu begrüssen. An ihn schloss sich Virchow, welcher den internationalen Charakter der Wissenschaft hervorhob, die als solche nicht das Eigenthum einzelner Völker, sondern der Besitz der ganzen Menschheit sei. Im Anschluss daran betonte er dann, dass bis hiezu der gesammte culturelle und intellectuelle Fortschritt der Menschheit das Werk und das Verdienst der *arischen* Raçe sei und dass die einzelnen zu dieser Raçe gehörenden Völker und Staaten trotz aller zwischen ihnen obwaltenden Differenzen dennoch Recht und Ursache hätten, sich als Glieder *eines* Stammes zu fühlen und anzuerkennen; zum Schluss erklärte der Redner, dass die Deutschen, welche sich bisher ziemlich ablehnend und kühl gegen den Gedanken solcher internationaler Congresse verhalten hätten, nunmehr, durch den Erfolg der früheren Versammlungen belehrt, ihre Bedenken aufgegeben hätten und sich voll und ganz an der gemeinsamen, internationalen, wissenschaftlichen Arbeit betheiligen würden. Einen ganz andern Ton schlug darauf Pasteur an, welcher im Gegensatz zu seinen, den internationalen und kosmopolitischen Character des Congresses hervorhebenden Vorrednern, den ganzen, leicht verletzlichen Patriotismus des Franzosen hervorkehrte. «Il n'ya pas de grand savant, qui ne soit pas en même temps un grand patriote» war eines seiner ersten Worte, und hieran schloss sich die Erklärung, dass zwar die Wissenschaft international sei, der einzelne Forscher und Förderer derselben aber stets das Gefühl haben werde und müsse, dass Alles, was er zum Fortschritt derselben beitrage, in erster Linie seinem Vaterlande zu Ruhm und Ehre geschehe. Bei der mannigfachen Divergenz der in der Gesellschaft vorhandenen politischen Sympathien und Antipathien, deren Schroffheit zwar durch die Höflichkeit eines europäisch gebildeten Verkehrstones gemildert, aber nicht aufgehoben wurde, konnte es nicht fehlen, dass der muthige Vertreter einer engen und unduldsamen, aber glühenden patriotischen Leidenschaft von vielen Seiten mit jubelndem Beifall belohnt wurde.

Nachdem schliesslich noch Panum und Prof. Lange (Kopenhagen), der Generalsecratair des Congresses, historische Ueberblicke über die bisherigen internationalen Congresse und deren Wirksamkeit, sowie über die allmälige Entwickelung derselben gegeben hatten, entfernte sich der königliche Protector mit seiner Begleitung und der Congress schritt zur Wahl seines Präsidiums.

Hiermit war die Eröffnungssitzung beendet. Der Nachmittag vereinigte etwa 300 Congressglieder zu einem grossen Banket des Hôtel d'Angleterre, während die übrigen sich wohl zum grössten Theil im Tivoli-Etablissement am fröhlichen Treiben der leichtlebigen Kopenhagener Bevölkerung erfreute.

Am Montag (11. Aug.) begann die eigentliche Arbeit des Congresses. Wenn Panum in seiner Begrüssungsrede gesagt hatte, die Versammlung solle ein Congress der Arbeit sein, so lässt sich nicht leugnen, dass die Zeit- und Arbeitseintheilung diesem Grundsatz angepasst war. — Die ganze Menge der Congressmitglieder theilte sich je nach den von ihnen gepflegten Specialitäten in 14 Sectionen, welche ihre Sitzungslocale theils in dem Universitätsgebäude und in der chirurgischen Akademie, theils in der technischen Schule und im Industriepalast angewiesen erhielten. Die Sectionen, jede unter ihrem eignen geschäftsführenden Präsidenten und von den in der Section selbst gewählten Ehrenpräsidenten geleitet, waren folgende: Section für Anatomie, für Physiologie, für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, für innere Medicin, für Chirurgie, für Obstetrik und Gynäkologie, für Ophthalmologie, für Pädiatrie, für Dermatologie und Syphilis, für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, für Laryngologie, für Otologie, für öffentliche Medicin und Hygiene, für Militair-Medicin.

Die Sitzungen dieser Sectionen fanden mit Ausnahme des Mittwochs, welcher der Ruhe und, wie schon bemerkt, einem allgemeinen Ausflug nach Helsingör gewidmet war, die ganze Woche hindurch täglich von 10 bis 12 und von 1 bis 3 Uhr statt. Die Pause von 12 bis 1 Uhr war zur Einnahme eines frugalen Frühstücks bestimmt, welches in der Nähe der technischen Schule auf einem freien Rasenplatz unter Zelten servirt wurde. Um diese Stunde versammelte sich hier täglich eine bunte Menge von Aerzten aus aller Herren Länder (auch Japanesen und Brasilianer fehlten nicht) und dem Beobachter schlug ein wirres Durcheinander wohl aller europäischen Sprachen ans Ohr; hier fand sich, wer ein Zusammentreffen verabredet hatte und hier vermittelte der Zufall unzählige, aber, wie erwähnt, leider meist nur flüchtige Bekanntschaften und Begegnungen. — Von ½4 bis 5 Uhr fanden dann die gemeinsamen Sitzungen aller Congressglieder im grossen Festsaale der Universität statt; hier wurden die sechs grösseren Festvorträge von allgemeinem Interesse gehalten. Den Reigen eröffnete Pasteur am Montag durch seinen mit allgemeiner Spannung erwarteten Vortrag über pathogene Mikroben und Impfstoffe, welcher in nächster Zeit durch die zu druckenden Protokolle des Congresses wohl allgemein bekannt werden wird. Ich enthalte mich daher eines eingehenden Referates, zumal es bei der Ueberfüllung und Unruhe des Zuhörerraumes unmöglich war, bequem und ungestört dem Redner in alle Einzelheiten zu folgen; der Hauptsache nach setzte Pasteur seine zum Theil schon früher bekannt gewordenen Entdeckungen über die Abschwächung des Hundswuthgiftes durch Impfung desselben auf andre Thierspecies aus einander. Wenn P. das Wuthgift, das sich namentlich in gewissen Theilen des centralen Nervensystems aufspeichern soll, von Hunden auf Affen überimpfte (was durch Injection des Giftes unter die Dura mater geschah), so erhielt er durch successives Weiterimpfen von dem also inficirten Affen auf andere immer längere Incubationszeiten und eine gleichzeitige Abschwächung des Giftes, so dass, wenn er schliesslich das Gift von dem letzten geimpften Affen wieder auf einen gesunden Hund zurück impfte, dieser nicht mehr an Tollwuth zu Grunde ging; ein solcher geimpfter Hund wird aber zugleich gegen den Biss wirklich tollwüthiger Hunde immun. Vor einer ministeriell eingesetzten Prüfungscommission sind nun 16 derartig immun gemachte Hunde und ferner zur Controle noch 16 gesunde, aber ungeimpfte Hunde mit wuthkranken Hunden zusammengebracht und von den letztern gebissen worden. Von den ungeimpften Hunden erkrankten darauf 10 oder 11 an der Tollwuth, von den geimpften kein einziger. — Am Dienstag (12. Aug.) sprach Prof. Tommasi-Crudeli aus Rom über die natürliche Entstehungsweise der Malaria und die Assainirung des Malariabodens, wobei manches, schon aus seiner Arbeit über die Malaria von Rom und die Drainage der römischen Hügel Bekanntes (cfr. das Referat in unserer Wochenschrift 1882, № 46) wieder zur Sprache kam. Ihm folgte Prof. Verneuil aus Paris mit einem Excurs über die von ihm so genannte, «neoplastische Diathese», in welcher «Diathese» Verneuil den letzten Grund aller krankhaften Geschwulstbildung gesucht wissen will. Einen total andern Standpunct in dieser Frage nahm Virchow ein, welcher am Freitag (15. Aug.) «über Metaplasie» eine gedankenreiche Auseinandersetzung gab. Der kurzgefasste Inhalt derselben ist etwa folgender: Um über das Leben der Zellen, der kleinsten noch organisirten Elemente des Thierleibes, zu einiger Klarheit zu gelangen, ist es nöthig die Bildung und Entstehung derselben, die *Plastik* der Zelle, streng von der weiteren Ernährung und dem Stoffwechsel, der *Nutrition* derselben zu trennen; dennoch aber giebt es gewisse Vorgänge im Leben der Zelle, welche sich nicht sicher dem einen oder dem andern dieser beiden Gebiete der Lebensfähigkeit einreihen lassen. Ein solcher Vorgang ist das Wachsthum der Zelle und mehr noch das, was V. als Metaplasie der Zelle bezeichnet. Er versteht darunter die Umwandlung einer Zelle in eine wesentlich anders geartete Zelle, — eine Umwandlung, welche so weit geht, dass man zwischen der ursprünglichen Form der Zelle und dem schliesslichen Resultate der successiven Umgestaltung keinerlei Verwandtschaft oder Aehnlichkeit mehr constatiren kann. Die normale embryonale Differenzirung der Zellen hat viel Verwandtschaft mit einer solchen Metaplasie der Zellen; desgleichen bietet das Knochenmark, welches in drei Formen, als rothes, gelbes und gallertiges, auftritt, ein treffliches Beispiel für Metaplasie, indem die eine dieser Formen in *eine* andere übergehen kann, wie denn überhaupt der Knochen ein im weitesten Sinne für Metaplasie eingerichtetes Gewebe ist; V. erinnert an die Vorgänge der Osteoporose, der Markraumbildung im Callus und der Osteomalacie, wo die Verdrängung des Knochengewebes durch Markgewebe auch nicht anders als durch metaplastische Transformation des erstern zu Stande komme. Auch am Fettgewebe lassen sich metaplastische Vorgänge beobachten, wie z. B. der Uebergang des extrameningealen Fettgewebes des Wirbelkanals in Schleimgewebe. Auf pathologische Vorgänge übergehend erklärt Virchow, dass seiner Ansicht nach die Entstehung mancher Neubildungen sich nur auf eine Metaplasie der Zellen zurückführen lasse, so die Bildung des Myxoedema, der Myxome und der Uebergang vieler Muttermäler in Geschwülste; wenn Cohnheim für alle solche Fälle vitia primae formationis angenommen habe, so sei er damit zu weit gegangen. Auch der Gallertkrebs des Peritonäums entsteht durch Metaplasie des Bindegewebes. Zum Schluss betont V., dass er es gerade jetzt, wo seine ältere Anschauung über die Entstehung vieler bösartiger namentlich carcinomatöser Geschwülste durch neuere Ansichten in den Hintergrund gedrängt worden sei, an der Zeit halte, darauf hinzuweisen, dass es noch viele, sowohl normale als pathologische celluläre Bildungsvorgänge gebe, für welche seine Ansicht von der metaplastischen Transformation der Zelle noch volle Geltung habe.

Neben diesen in grossem Styl, und von den berühmtesten Repräsentanten der medicinischen Wissenschaften aller Culturländer gehaltenen Vorträgen trat die geräuchlosere Thätigkeit der Sectionen mehr in den Hintergrund. Hier war von repräsentativem Gepränge keine Rede und der Einzelne, welcher selbstverständlich sich nicht gleichzeitig an den Sitzungen aller Sectionen betheiligen konnte, hatte auch nicht die Möglichkeit, die Thätigkeit aller zu übersehen; ein Gesammturtheil über die Erfolge und wissenschaftlichen Resultate, welche der Congress in den Sectionssitzungen erzielt hat, ist daher unmöglich abzugeben, so lange die officiellen Protokolle, welche einen allgemeinen Ueberblick gestatten würden, noch nicht erschienen sind. Ich persönlich habe mich nur an den Sitzungen der Abtheilung für innere Medicin und an einigen Sessionen der pädiatrischen Section betheiligt und muss gestehen, dass hier mit Ernst und Consequenz gearbeitet worden ist. Man versuche nur fünf Stunden täglich angestrengt medicinischen Vorträgen zu folgen, von denen ein Theil noch dazu in fremden Sprachen gehalten wird und daher eine um so grössere Aufmerksamkeit und geistige Anspannung von Seiten des Hörers voraussetzt, und man wird zugeben, dass diese Leistung keine ganz kleine ist; die Sectionssitzungen waren von Anfang bis zu Ende gleichmässig gut besucht. Wenn daher in den politischen Tagesblättern Andeutungen

zu finden waren, als wenn der Congress mehr des Vergnügens als der wissenschaftlichen Arbeit wegen zusammen getreten sei, so ist das einfach eine Verleumdung der Aerzte, die wegen des Amüsements gewiss nicht nöthig gehabt hätten, tausende von Kilometern heran zu reisen. Eine andre Frage ist freilich, ob die erzielten wissenschaftlichen Resultate dem aufgewandten Arbeitsquantum entsprochen haben, und in dieser Beziehung halte ich einige Zweifel für durchaus berechtigt. Was vorgetragen wurde, war nicht immer ganz neu und schien von den Rednern mehr für die Zuhörer fremder Nationalität als die eignen Landsleute berechnet; wenn z. B. Liebermeister über die antipyretische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten vermittelst kalter Bäder, oder Ewald über die Aetiologie und Behandlung der Tuberculose vom Standpunct der Entdeckung des Tuberkelbacillus redete, so haben Beide dem deutschen Arzt kaum etwas neues geboten. Das zweite der angeführten Themata gewann sein Hauptinteresse erst dadurch, dass sich eine ziemlich erregte Debatte an dasselbe anknüpfte, in welcher die Franzosen, namentlich Jaccoud aus Paris, die Bedeutung der Koch'schen Entdeckung dadurch glaubten herabsetzen zu können, dass dieselbe bisher für die Therapie ganz bedeutungslos geblieben sei, während von allen anderen Seiten her die wissenschaftliche Wichtigkeit dieser Entdeckung rückhaltslos anerkannt wurde. Nach Liebermeister sprachen noch Bouchard aus Paris und Warfvinge aus Stockholm über die Behandlung der acuten Infectionskrankheiten, allein obgleich beide ganz andere Anschauungen vertraten als ihr Vorredner, vermieden sie es dennoch irgend wie auf die abweichende Meinung desselben Bezug zu nehmen, so dass es zu einer eigentlichen Discussion dieser interessanten Frage nicht kam. Interessante Vorträge wurden ferner noch gehalten: von Laache aus Christiania über seine Resultate der Blutkörperchenzählung bei verschiedenen anämischen und leukämischen Krankheitsformen, von Tommasi-Crudeli über melanämische Veränderungen der Blutkörperchen bei perniciösen Malariafiebern, von Rosenstein über Malaria, von Grancher aus Paris über subacute Lungenaffectionen und über die frühzeitige Diagnose der Phthise, von Lépine aus Lyon über klinische Beobachtungen von Autointoxicationen, an den sich eine Mittheilung Stadelmann's anschloss, über die von ihm und von Minkowski im Diabetes-Harn entdeckte Croton- oder Oxybuttersäure, welche auf dem Wege der Selbstintoxication zum diabetischen Coma führen kann. Dr. Kernig aus Petersburg sprach über das bei Meningitis nicht selten zu beobachtende tonische Starrwerden der unteren Extremitäten beim Aufrichten der Patienten als ein werthvolles Symptom dieser Krankheit.

In der Section für Pädiatrie zog der Vortrag des Dr. Rauchfuss aus Petersburg über den klinischen Begriff des Croup bei Kindern die allgemeine Aufmerksamkeit um so mehr auf sich, als Virchow zu demselben erschienen war, obgleich er sich sonst nur an den Sectionssitzungen für allgemeine Pathologie betheiligte, und die Hauptkosten der an den Rauchfuss'schen Vortrag sich anschliessenden Debatte trug.

Der Schluss des Congresses fand am Sonnabend in öffentlicher Sitzung statt, auf welcher einer Einladung der amerikanischen Congressmitglieder entsprechend Washington als nächster Zusammenkunftsort für den internationalen medicinischen Congress, der im J. 1887 stattfinden soll, erwählt wurde.

Was nun schliesslich die Festivitäten anlangt, die den fremden Aerzten zu Ehren gegeben wurden, so sei vor Allem des glänzenden Bankets gedacht, welches die Stadt Kopenhagen in einer eigens zu diesem Zweck erbauten Halle am Donnerstag (14. Aug.) veranstaltete, sowie des opulenten Soupers, mit welchem der König von Dänemark am folgenden Tage sämmtliche Congressmitglieder in den prunkenden Räumen seines Schlosses bewirthete.

Auf dem, trotz des übergrossen Menschengedränges, höchst animirten Abschiedsball, welcher am Sonnabend (16. Aug.) stattfand, hatte die Stadt Kopenhagen bestens die Gelegenheit wahrgenommen, durch die Schönheit und Liebenswürdigkeit ihrer Frauen und Töchter den scheidenden Gästen das Fortgehen möglichst zu erschweren. Ein dankbares Andenken wird jeder Theilnehmer des medicinischen internationalen Congresses vom Jahre 1884 der unbeschränkten Gastfreundschaft des Landes Dänemark und der Stadt Kopenhagen sicher bewahren.

Referate.

Prof. J. Mierzejewski (Petersburg): Beitrag zur Lehre vom Alcoholismus. (Przegl. lek. № 1884).

Die Beziehungen des Alcoholismus zum Verbrechen. — Delirium potatorum. — Hallucinationen der Alcoholiker. — Der alcoholische Somnambulismus (*Trance state*). — Ein gerichtlich-medicinischer Fall von Alcoholismus.

Die Frage über die Beziehungen des Alcoholgenusses zum Verbrechen kurz berührend, beschreibt Verf. ausführlicher den Einfluss des Alcohols auf den menschlichen Körper in allen seinen mannigfaltigen Aeusserungen, die in verschiedenen Sphären des Nervensystems (psychische, moralische, intellectuelle, sensorische, motorische) auftreten. Das typische Bild einer acuten Erkrankung in Folge des Alcoholgenusses ist das *Delirium potatorum*, von welchem drei Grade zu unterscheiden sind. Das schwerste sogenannte *Delirium febrile* mit Temperatursteigerung bis über 39° ist nach dem Verf. beinahe absolut letal. Das Bild eines Deliriums ergiebt sich constant aus den charakteristischen Symptomen: 1) *Träume*, 2) *Hallucinationen*, 3) *Muskelzittern* und 4) *Fieber*, welchem M. die allergrösste prognostische Bedeutung zuschreibt. — Die Träume bilden eine constante Erscheinung während des Schlafes und spielen sich nur im Gesichtssinne ab, ohne die Gehörsphäre zu berühren, so dass der Kranke wohl die Personen im Traume agiren, aber nicht sprechen sieht. Ein Deliriumanfall beginnt stets mit Träumen. — Die Hallucinationen tragen denselben Character wie die Träume mit dem Unterschiede, dass sie in allen Sphären auftreten, d. h. zugleich auch im Gehörsinne. Am lästigsten aber bleiben immer die Gesichtstäuschungen, welche ohne Zweifel zum Theil auch durch die Unruhe und das Zittern des Brücke'schen Muskels hervorgerufen werden. Durch Einträufelungen von Eserin, wobei dieser Muskel unbeweglich wird, werden die Gesichtstäuschungen in hohem Grade gemildert, was vom Verf. in mehreren Fällen bestätigt wurde.

Während eines solchen Deliriumanfalls tragen alle Leistungen des Patienten das reflectorische Gepräge; er wehrt sich beständig gegen Angriffe, oder will sich aus irgend einer Gefahr retten. Diese motorischen Aeusserungen sind selbstverständlich durch die Störungen in der sensiblen Sphäre, welche zu den Hallucinationen führen, bedingt. — Beim Schwinden der sensiblen Störungen schwinden auch die Hallucinationen und Anfälle. Nach einem Anfalle bleibt nur eine starke Aufregung in Folge von erlebten schweren Eindrücken, deren sich der Kranke recht gut erinnert, nach und selbstverständlich eine starke Ermüdung.

Es existirt aber bei Alcoholikern ein Zustand, welcher an die psychische Epilepsie erinnert und welcher vom Verf. als *alcoholischer Somnambulismus* bezeichnet wird und in mancher Beziehung interessant ist. In der letzten Zeit schenkte man diesem Zustande eine grössere Aufmerksamkeit. Vor Kurzem beschrieb ihn auch Crothers unter dem Namen ‹*Trance state*› (The Trance state in Inebriety. Hartford. 1882). Das charakteristische Zeichen eines solchen somnambulen Säuferanfalls ist eine totale *Amnesie*. In einem Deliriumanfalle behält der Kranke die Erinnerung des Vorgefallenen, und nach dem schon vorübergegangenen Anfalle entsinnt er sich, obwohl zuweilen auch nicht ganz klar, der wichtigsten Momente des Anfalles. Eine absolute Amnesie im *Delirium tremens* existirt nicht, Fälle von Complication eines epileptischen Anfalls mit Anämie mit einem Deliriumanfalle sind aber schon mehrfach beschrieben und vom Verf. selbst mehrmals beobachtet worden. Ungeachtet dessen ist der somnambule Alcoholismus eine selbständige, eigenartige Erkrankung mit absoluter Amnesie, die auch in forensischer Beziehung von eminenter Bedeutung ist. Als ein Beispiel eines solchen somnambulen ‹Trance state›, wo sich derselbe unmittelbar einem echten Deliriumanfalle anschloss, beschreibt Verf. an dieser Stelle ausführlich einen Fall, welcher dem Medicinalrathe zur Begutachtung vorlag. Ein als Polizeimeister der Stadt *Tschita* in *Transbaikalien* functionirender junger Mann, alter Alcoholiker, hatte in einem solchen somnambulen Anfalle eine ganze Reihe von Verbrechen begangen, ohne sich später des geringsten entsinnen zu können. Unter anderem beleidigte er thätlich seinen eigenen Secretär, schlug ihn mehrmals mit dem Kopfe an die Wand, liess darauf zwei ihm selbst ganz fremde Leute arretiren, einen Galgen errichten, was in der Nacht von seinen Untergebenen ausgeführt wurde, und die zwei Arretirten aufhängen. Die Execution wurde vollzogen, jedoch so, dass die beiden Opfer von den anderen zu Hilfe genommenen Arrestanten so lange unterstützt wurden bis man sie wieder niederliess so dass sie an Leben und Gesundheit unbeschädigt davon kamen. Gleich darauf wurde von dem Patienten das Haus eines Schneiders angegriffen, die daselbst wohnenden Leute arretirt, gemisshandelt u. s. w. Zwei Tage darauf besichtigte ihn eine medicinische Commission und fand einen echten Deliriumanfall ausgeprägt, der Angeklagte erinnerte sich aber nicht im geringsten des Vorgefallenen. Selbstverständlich wurde er freigesprochen.

Ziemacki.

E. Leyden: Ueber spontane Peritonitis. Vortrag gehalten im Verein für innere Medicin. (Deutsche med. Woch. 1884. № 17).

Die idiopathische Peritonitis ist eine sehr seltene Erscheinung, von Vielen wird ihr Vorkommen überhaupt bezweifelt, während L. fand, dass sie doch nicht so selten beobachtet wird. Die Mehrzahl der Fälle steht jedoch mit pathologischen Veränderungen der Organe, welche vom Bauchfell umkleidet sind, in Zusammenhang. Die meisten neueren Beobachtungen stammen aus der französischen Literatur. Leyden beobachtete einige Fälle von spontaner Peritonitis, welche letal verliefen. Bei zweien wies die Autopsie nach, dass keine früheren Ursachen vorlagen und dass die Geschlechtsorgane ganz gesund waren, namentlich sich weder an den Tuben noch an den Ovarien etwas Abnormes vorfand. Die spontane Peritonitis d. h. eine von vorhergehender Erkrankung des Darms und seiner Nachbarorgane unabhängige P. scheint häufiger beim weiblichen Geschlechte vorzukommen und hier gewöhnlich mit der Menstruation in Zusammenhang zu stehen. Andere Ursachen wie Darmreizungen, Erkältungen, Indigestion mögen ebenfalls mitwirken. Endlich sind Erkältungen (Fall 2) zu nennen. Die spontanen können ebenso rapide zum Tode führen wie die schwerste Perforationsperitonitis und zwar unter ganz gleichen Symptomen des Collapses. Manche Fälle, wie sein Fall 3. zeigen einen milden und protrahirten Verlauf, mit Ausgang in Genesung und Resorption de

Exsudates oder es kommt zu circumscripten, der Operation zugänglichen Exsudaten. Die spontane eitrige Peritonitis verhält sich analog der eitrigen Pleuritis d. h. sie erweist sich als eine infectiöse Entzündung, bedingt durch die Entwickelung eigenthümlicher Mikroparasiten. Das eitrige frisch der Leiche entnommene Exsudat zeigt zahllose *Kokken* von durchaus derselben Gestalt und Färbung und stellt eine vollständige Reininfection dar. Bei der *puerperalen* Perit. durchsetzen die Kokken in viel intensiverer Lebhaftigkeit und Anzahl das Zwerchfell durch die Muskelschicht hindurch bis zur Pleura diaphragmatica. Diese Exsudate waren geruchlos, man kann sie also nicht als septische bezeichnen. Die fauligen oder putriden Exsudate unterscheiden sich wesentlich dadurch, dass sie keine Reincultur von Mikroparasiten darstellen, sondern Mischformen (neben Diplokokken zahlreiche Fäulniss-Bacillen, welche theilweise zu langen Fäden und Ketten ausgezogen sind). L. hebt noch hervor, dass die eitrige spontane Peritonitis nicht ohne Weiteres der rheumatischen Form, welche einige Male im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus beobachtet ist, gleichgesetzt werden darf. Diese Exsudate sind bekanntlich fast nie eitrig, sondern serös und ist also auch eine Differenz der hier erregenden Keime anzunehmen. Auf welchem Wege bei der spontanen Periton. die Krankheitserreger in den Körper eindringen und warum sie sich im Peritonäum ansiedeln, lässt sich ebensowenig wie für andere infectiöse Krankheiten beantworten. Von den Gelegenheitsursachen, wie Indigestion, Verstopfung, Stoss, scheint L. die Menstruation am ehesten geeignet, um unter Mitwirkung von Gelegenheitsursachen zur spontanen Perit. zu führen (freie Communication vom Uterus aus durch die Tuben mit der Bauchhöhle, die Eignung resistenter Partikeln zur Ansiedlung von Parasiten). Was die *Therapie* betrifft, gebieten wir auch hier nicht über Mittel, welche direct die Parasiten zu tödten oder in ihrer Malignität abzuschwächen im Stande sind. Das Quecksilber kann keine solche Wirkung haben, obwol wir es heutzutage wieder als eines der wirksamsten antiparasitären Mittel ansehen dürfen. Wir sind daher angewiesen auf die entzündungswidrigen Methoden, Eis, Blutegel, Opium, dabei Analeptica etc. neben den Hg-Einreibungen. Doch sind die Resultate nicht befriedigend, noch viel weniger bei der Perforations-Per. oder bei der puerperalen. L. schlägt daher vor der Peritonitis auf operativem Wege beizukommen, besonders, wenn man berücksichtigt, dass sich die eitrige Perit. genau so verhält wie die eitrige Pleuritis. Die Schwierigkeit liegt in der Ausspülung der Höhle, auch ist im Anfang der Peritonitis die Diagnose sehr schwierig und ist das Peritonäum ein sehr ungünstiges Operationsfeld wegen seiner zahlreichen Ausbuchtungen; ferner ist das Exsudat meist sehr gering, der Meteorismus aber sehr stark, so dass es wohl geschehen mag, dass man Darminhalt statt des Exsudats entleert. Andererseits darf man aber nicht zuwarten bis die Diagnose über allen Zweifel erhaben und vollkommen gesichert ist, da dann der günstigste Moment für die Operation meist schon verpasst sein würde. **Hertzka—Karlsbad.**

P. Rosenbach (St. Petersburg): Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium. (Neurolog. Centralblatt 1884. № 2).

Vf. hat Hunden das Gehirn an beiden Hemisphären in der Regio cruciata blosgelegt und, nach Entfernung der Dura mater, mit dem Dubois-Reymond'schen Schlittenapparat das Minimum der Stromstärke bestimmt, welche bei localer Reizung der blosgelegten Grosshirnrindencentra noch nöthig war um eine Zuckung in den diesen Centren entsprechenden Muskelgruppen hervorzurufen; darauf wurde das untersuchte Rindencentrum abgetragen und die Erregbarkeit der drunterliegenden weissen Substanz, d. h. das Strommesminimum bestimmt, welches bei Reizung der Marksubstanz die entsprechende Muskelcontraction hervorrief. Dann wurden dem Hunde etwa 0,6 bis 0,7 Bromkalium pro Kilo Körpergewicht in Lösung per os beigebracht und nun auf der gegenüberliegenden Hirnhälfte dieselben elektrischen Experimente vorgenommen. Fast unmittelbar nach Darreichung des Bromkalium wird an der Hirnoberfläche eine intensive Hyperämie bemerkbar, welcher zuweilen eine erhöhte elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde entspricht; nach Verlauf von 10 bis 20 Minuten jedoch ändert sich das Bild; der Hund wird apathisch, die Pupillen sind erweitert, die Sensibilität für Schmerzreize ist völlig erloschen, und die Hyperämie des Gehirnes nimmt ab. Zugleich sinkt die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde und wenn die Dosis genügend war, tritt schliesslich ein Moment ein, wo selbst durch die stärksten Ströme kein Bewegungseffect mehr erzielt werden kann; indessen lassen sich durch unmittelbare Reizung der blosgelegten *weissen* Substanz — sowohl in der Hemisphäre, welche vor der Vergiftung untersucht worden war, als auch nach neuer Rindenabtragung in der anderen Hemisphäre deutliche Contractionen der entsprechenden Muskelgruppen bei ungefähr derselben Stromstärke hervorrufen wie vor der Intoxication mit Bromkali.

Es geht also aus diesen Versuchen hervor, dass bei genügender Intoxication durch Bromkalium bei Hunden die Erregbarkeit der Grosshirnrinde für elektrische Reize abnimmt oder ganz verschwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weissen Substanz beinahe unverändert bleibt.

Da nun die Annahme einer Mitwirkung der psychomotorischen Rindencentra beim Zustandekommen eines epileptischen Anfalles immer mehr Boden gewinnt, so dürfte die sicher constatirte Thatsache, dass der consequente Gebrauch des Bromkalium die Anfälle der Epileptiker seltener und leichter macht, auf die Abnahme der Erregbarkiet der Hirnrinde zurückzuführen sein, welche nach Rosenbach's Untersuchungen durch das Bromkalium hervorgebracht wird. **D—o.**

Zulinski: Ueber den Einfluss des Tabaksrauches auf den menschlichen und thierischen Organismus. (Prz. lek. № 1 u. ff. 1884).

Gestützt auf eine sehr grosse Reihe von Experimenten an Thieren und Menschen kommt Verf. unter Anderem auch zu folgenden Schlüssen, welche wohl verdienen erwähnt zu werden: 1) Für niedere Thiere ist der Tabakrauch ein starkes Gift sogar in sehr geringen Quantitäten. 2) Für den menschlichen Organismus in nicht zu grossen Mengen ist er nur in jeder Beziehung schädlich. 3) Die giftigen Eigenschaften des Rauches hängen aber nicht nur vom Nicotingehalte desselben ab. Der vom Nicotin befreite Tabakrauch bleibt giftig, wenn auch etwas schwächer. 4) Der zweite giftige Bestandtheil des Rauches ist *Colidin*, ein alkaloidartiger Körper. 5) Ausserdem enthält der Rauch noch mehrere andere Stoffe, deren giftige Wirkung sehr schön bei niederen Thieren zum Vorschein gebracht werden kann; so z. B. Kohlenoxyd, Blausäure, Pikolinbasen. Verf. hat auch die quantitativen Unterschiede der Tabakssorten und der Art des Rauchens in Bezug auf die Giftigkeit sorgfältig verglichen. Am giftigsten wirken: Cigarren, dann kommen in der Reihenfolge: Cigaretten, Pfeifen und am schwächsten wirken Nargileh (Wasserpfeifen). Die Tabaksorten ergaben keine so grossen Differenzen, wie es vielleicht theoretisch zu erwarten gewesen wäre, da der Procentgehalt des Nicotins in verschiedenen Arten sehr verschieden ist. Das zwingt den Verfasser zu dem Schlusse, dass *die Schädlichkeit des Rauchens nicht von der Tabaksart sondern von der Art des Rauchens abhänge.* **Ziemacki.**

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Ziemssen's: Handbuch der allgemeinen Therapie. Bd. II. Th. I. Handbuch der Klimatotherapie von Dr. H. Weber. (Russ. unter der Redaction von W. Drosdow). Bd. II. Th. II. Allgemeine Balneotherapie von Dr. O. Leichtenstern. (Russ. unter der Redact. von Dr. M. Miljutin). Bd. IV. Th. I, Allgemeine Orthopädie, Gymnastik und Massage von Dr. Fr. Busch (Russ. unter der Redact. von Dr. Neuberg). K. Ricker, St. Petersburg 1884.

Da es in der russischen medicinischen Literatur vorläufig noch an guten inländischen Hand- und Lehrbüchern fehlt, so ist das Bestreben, der russischen studirenden Jugend die guten Leitfäden des Auslandes in der Uebersetzung zugänglich zu machen, gewiss ein durchaus dankenswerthes zu nennen. Ausserdem bürgen die Namen der Uebersetzer für die Sorgfalt und Genauigkeit derselben, wie wir denn auch durchweg diese nur lobend erwähnen können. Von den 3 letzterschienenen Abschnitten (Bd. II. Th. I und II und Bd. IV. Th. I) sind dem letzten 34 Holzschnitte im Text beigegeben und auch diese lassen, gegenüber dem oft recht empfindlichen Mangel an guten Abbildungen in russischen fachwissenschaftlichen Schriften, kaum etwas zu wünschen übrig. Ueberhaupt steht der guten Uebersetzung die gute Ausstattung des Werkes würdig zur Seite, so dass wir dasselbe mit voller Ueberzeugung russischen Aerzten und Studirenden empfehlen können. **S.**

Homöopathie oder Charlatanerie in der Medicin. Enthüllungen von Dr. M. Scherr. St. Petersburg. M. Ramsch. 1884. 90 Seiten. Russisch.

Obgleich Verf. zum Beginn seiner Schrift als Motto hingesetzt: «Amicus Plato, sed magis amica veritas» hat er, um das Treiben der Homöopathen zu entlarven, sich für einige Zeit in den Kreis der homöopatischen Aerzte in Petersburg aufnehmen lassen, sich also zeitweilig scheinbar zu ihren Anschauungen bekannt. Wenn wir diesem Wege auch nicht zustimmen können, so wollen wir doch auf die Resultate seiner Erlebnisse eingehen, denn sie werfen ein ganz eigenthümliches Licht auf das Treiben und Gewissen der homöopathischen Aerzte.

1882—1883 war bekanntlich die Zeit einer schweren Diphtherieepidemie und dieses benutzten die Homöopathen um mit viel Reclame und Anmassung für ihre Anschauungen Lärm zu schlagen. Wir erinnern uns ja noch Alle lebhaft, wie gründlich der berüchtigte Arzt Dittmann von Seiten des Medicinalrathes officiell zurecht gewiesen wurde. Die damaligen lebhaften Discussionen bewogen Verf. sich näher mit der Homöopathie bekannt zu machen. Vor Allem unterwirft Sch. die bei uns gangbarsten Handbücher der Homöopathie (A. v. Gerhardt, Ssolowjew, Dittmann) einer kritischen Besprechung. Aus dem Gerhardt'schen Buche führt Sch. insbesondere das Capitel «*Hyoscyamus niger*» an. Dieses Mittel wirkt «bei chronischen Leiden in 1—2 Wochen, bei acuten in 3—12 Stunden». Eine Indication zum Gebrauch desselben bildeten u. A. auch die «*Folgen unglücklicher Liebe, gefolgt von Qualen der Eifersucht*», desgleichen Krämpfe bei Gebärenden, sowie Bandwürmer. — Ein ausgezeichnetes Werk ist der ärztliche Rathgeber Ssolowjew's. Derselbe erzählt darin, dass er 1875 sein Studium beendet und Landarzt wurde. In Wjatka wurde er durch einen Post-

beamten zur Wahrheit bekehrt d. h. zur Homöopathie, in welcher er noch durch den Schriftsetzer D. bestärkt wurde (also tüchtige Lehrmeister)! Gegenwärtig ist Herr Ssolowjew als Arzt dem Ministerium der Wegecommunicationen und der Direction der Kaiserlichen Theater zugezählt. Als Beispiel der Tüchtigkeit Ssolowjew's wäre nur anzuführen, dass er Scabies für eine *tief im Körper* sitzende Krankheit hält, durch das Verschmieren der Haut bei localer Behandlung kann man Kachexie bewirken etc. Daher muss Scabies mit inneren Mitteln behandelt werden, also bei Magenspasmus, bei Krätze—Sulphur und Nux, bei verhaltenen Regeln in Zusammenhang mit Krätze—Sulphur und Pulsatilla, bei Krämpfen mit Krätze—Sulphur und Belladonna etc. Bezüglich der Bandwürmer meint S., dass die beste Zeit zur Abtreibung sei, wenn bei abnehmendem Monde das letzte ¼ zu sehen ist. (Welche Universität mag in Herrn Ssolowjew diese Begriffe haben reifen lassen? Ref.) Den Culminationspunct erreicht Herr Ssolowjew im Vorschlage bei hochgradigen Erfrierungen «*gekaute Erbsen*» aufzulegen; dadurch stellt er sich auf eine Stufe mit unseren kenntnisslosesten Kurfuschern. Weiterhin weist Scherr noch eine ganze Reihe ähnlicher Curiosa aus dem Ssolowjew'schen Buche nach, die ihn zu dem Titel eines Charlatan berechtigen. Ueber das Dittmann'sche Buch kann Ref. schweigen, denn seine Ansichten sind den Lesern der Wochenschrift ja wohl noch genügend im Gedächtniss.

Nach diesen kritischen Darlegungen geht Verf. zur Beschreibung seiner Erlebnisse als dejourirender Arzt über, als welcher er 2 Mal wöchentlich 4 Monate lang in einer homöopathischen Ambulanz Kranke empfangen hat. Nach seinen Erfahrungen bilden das Hauptcontingent Frauen, namentlich der höheren, wohlhabenderen Klassen der Bevölkerung. Frauen der Mittelklassen kommen selten, die der armen Bevölkerung nur ausnahmsweise, zufällig in die homöopathische Ambulanz. Die Letzteren waren häufig mit der Kleinheit der Kügelchen unzufrieden. Bezüglich der männlichen Patienten ist ebenfalls zu bemerken, dass sie vorherrschend den wohlhabenden Klassen angehören, meist alte Gutsbesitzer und hochgestellte Beamte, die ihres Alters wegen nur noch Ehrenposten einnehmen und keine ernstere Beschäftigung mehr haben, ferner verabschiedete höhere Militärs etc. Die grosse Mehrzahl der Pat. sind jedenfalls Leute, die keine regelmässige, ernste Beschäftigung haben und das ist characteristisch.

Ferner erzählt Sch. folgende characteristische Scene: In einer homöopathischen Apotheke erscheint ein Herr und verlangt nach Chamomille in 6. Verdünnung. Er erhält, wie das gewöhnlich geschieht, reinen Spiritus. Am folgenden Tage erscheint er wieder und erklärt diese Theilung wirke zu stark, er habe den ganzen Tag Aufstossen nach Chamillen gehabt, daher bitte er um die 12. Verdünnung. Es wird auf dem Fläschchen nur die Etiquette gewechselt und dasselbe dem Pat. wieder eingehändigt. Doch auch dieses Mal ist die Wirkung, wenn auch schwächer, so doch dem Pat. noch zu stark. Erst nachdem dasselbe Fläschchen die Etiquette «30. Verdünnung» erhalten, war Pat. befriedigt.

Indem Sch. auf die Mittel zu sprechen kommt, welche die Anhänger der Homöopathie zur Verbreitung derselben anwenden, weist er darauf hin, dass ausser Reclamen, unentgeltlicher Behandlung und Brochüren auch noch besondere *Agenten* existiren, welche den Ambulanzen Patienten zuführen. Namentlich sollen weibl. Agenten sich in die Wartezimmer bedeutender Aerzte einschleichen und die wartenden Pat. zur Homöopathie bekehren wollen. Sch. erzählt folgenden, selbst erlebten Fall. In der Ambulanz des Dr. Magawly wurde ein junges Mädchen, die Zuhörerin weiblicher höherer Curse Altun..., welcher Magawly eine Operation vorgeschlagen, von einer Agentin beredet in die homöopathische Ambulanz zu kommen, wo man sie ohne Operation heilen würde. Dort aber wurden ihr von Sch. die Augen geöffnet, sodass sie wieder zu Magawly zurückkehrte.

Zum Schluss müssen wir noch einer ernsten Enthüllung gedenken, nämlich dessen, dass aus der homöopathischen Apotheke von Homöopathen verschriebene Mittel in durchaus nicht homöopathischer Dosis abgelassen werden, wie z. B. Chinin gr. x auf Aq. ℥viij etc. (pag. 43).

Im Grossen und Ganzen müssen wir jedoch sagen, dass die Schrift etwas flüchtig geschrieben und Verf. sich mehrfach wiederholt, auch nicht immer über die nöthige Klarheit der Darlegung verfügt. Wenn Verf. dazu kommt, sein grösseres Werk über Homöopathie zu schreiben, wie er es an verschiedenen Stellen seiner Brochüre andeutet, so hoffen wir, dass er sich mehr Musse dazu gönnen und die Fragen mehr systematisch und nicht hin und her springend behandeln werde. P.

Vermischtes.

— Der bisherige Gehülfe des Chefs der Obermilitär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Rudinski, ist zum *Obermilitär-Medicinal-Inspector* ernannt worden.

— Dem Gehülfen des Militär-Medicinal-Inspectors des Omskischen Militärbezirks, Geheimrath Minkewitsch, ist der *Weisse Adler-Orden* verliehen worden.

— Zu *Geheimräthen sind befördert* worden: der Militär-Medicinal-Inspector des kaukasischen Militärbezirks, Ehren-Leibmedicus Remmert, der Abtheilungschef der Obermilitär-Medicinalverwaltung Lebedew und der Corpsarzt des 5. Armeecorps Demidenko.

— *Verstorben*: Der Divisionsarzt der 4. Infant.-Division Messerschmidt; der Operateur der Medicinalverwaltung in Tomsk Jakubowski; der Geh. des Medicinal-Inspectors des Gouv. Wladimir Tolpegin; der Pirjatinsche Kreisarzt Kindt; der Armenarzt in St. Petersburg Dr. Hammelmann im 79. Lebensjahre.

— Wie der «Wratsch» erfährt, beabsichtigt der Professor der Statistik an der hiesigen Universität Janson, welcher bekanntlich auch Leiter des städtischen statistischen Bureaus ist, in nächster Zeit an der militär-medicinischen Academie *Vorlesungen über medicinische Statistik* für Aerzte und Studirende zu halten.

— In Jekaterinburg ist Dr. Lamoni, welcher bereits im Jahre 1818 den Cursus an der medicinischen Academie absolvirt und die meiste Zeit im Uralgebiet prakticirt hat, im Alter von 85 Jahren gestorben. In den letzten Jahren, wo seine Kräfte zur Ausübung der ärztlichen Praxis nicht mehr ausreichten, ertheilte er Unterricht in fremden Sprachen.

— In Paris ist Dr. Bourq, der Erfinder der Elektrotherapie, im 68. Lebensjahre gestorben.

— In Marseille ist Dr. Huc-Mazelet und in Arle Dr. Fanton ein Opfer der Cholera geworden.

— Am 21. August n. St. vollendeten sich fünfzig Jahre, seit dem Professor der Breslauer Universität, Geh. Medicinalrath Dr. Heinr. Haeser, welcher gegenwärtig im Alter von 73 Jahren steht, das Doctordiplom von der Universität Jena verliehen worden. Unter seinen zahlreichen literarischen Arbeiten ist es namentlich sein treffliches «Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten», welches ihm einen Ehrenplatz in der medicinischen Literatur gesichert hat. Von diesem Werk, welches auch ins Russische übersetzt worden, ist vor Kurzem die III. Auflage vollendet.

— Der General-Inspector des Sanitätswesens Fauvel, welcher sich durch seine hartnäckige Behauptung, die Epidemie in Toulon sei keine asiatische Cholera, blamirt hat, ist abgesetzt und Proust zu seinem Nachfolger ernannt worden.

— Auf der letzten allgemeinen Sitzung des in Kopenhagen tagenden *achten internationalen medicinischen Congresses* ist der Vorschlag des betreffenden Comités, *Washington zum Versammlungsort des nächsten Congresses im Jahre 1887* zu machen, angenommen worden. Das Comité hat von einem wiederholten Besuche Frankreichs Abstand nehmen zu müssen geglaubt, so lange keine deutsche Stadt Sitz des Congresses gewesen sei. Gegen die Wahl einer deutschen Stadt haben sich erhebliche Gründe geltend gemacht, obgleich Deutschland ohne Zweifel nach seinem wissenschaftlichen Standpuncte längst berechtigt gewesen wäre, die Ehre für sich zu beanspruchen, den Congress in einer seiner Städte, sei es Leipzig, München oder Berlin, tagen zu sehen. Die beiden erstgenannten Städte haben es abgeschlagen, den Congress bei sich aufzunehmen, so lange derselbe nicht in Berlin versammelt gewesen. Das Comité würde sich auch für Berlin entschieden haben, wenn nicht von Washington eine besonders herzliche Einladung eingegangen wäre. Von der Wahl St. Petersburgs hat das Comité ebenfalls absehen müssen, da verschiedene Schwierigkeiten dem entgegenständen. Auch von der Wahl Roms, von welcher Stadt eine freundliche Einladung eingegangen war, hat Abstand genommen werden müssen, nachdem Prof. Crudeli die Unmöglichkeit nachgewiesen, im August, dem einzigen Monat, in welchem alle europäischen Universitäten Ferien machten, in Rom zu tagen.

— Professor Billroth (Wien) veröffentlicht im Centralblatt für Chirurgie folgende «*wissenschaftliche und humanitäre Bitte an die Collegen*»:

«Die entsetzlichen Leiden, welche zuweilen durch Amputationsneurome hervorgerufen werden, sind mir durch 2 Fälle, die in meiner Behandlung stehen, besonders nahe gerückt, nachdem ich früher nie Gelegenheit hatte, solche Fälle längere Zeit hindurch zu beobachten. Ich habe einen meiner Herren Assistenten damit betraut, den Gegenstand zu bearbeiten, um nicht nur die Ursachen aufzufinden, welche der Bildung solcher schmerzhaften Neurome zu Grunde liegen, sondern auch womöglich aus den Erfahrungen Anderer ein Heilmittel zu finden.

«Die in der Literatur auffindbare Casuistik giebt zumal über die dauernde Wirkung der angewandten Operationen und sonstigen Behandlungsmethoden wenig sichere Anhaltspuncte.

«Meine Bitte an die Herren Collegen geht dahin, dass dieselben die grosse Güte haben möchten, mir ihre Erfahrungen über die Entstehungsursachen und die Endresultate ihrer Behandlung mitzutheilen.

«Die von mir in diesen Fällen gemachten ausgedehnten Resectionen der Neurome, nach welchen die Operationswunden schnell per primam heilten, hatten keinen oder nur einen vorübergehenden Erfolg; dies kann darin seinen Grund haben, dass die betreffenden Nerven bereits weithin krank waren. Ich habe zufällig an keinem von mir Amputirten die Entstehung von schmerzhaften Neuromen beobachtet. Entstehen dieselben auch bei Heilung per primam, bei moderner antiseptischer Wundbehandlung? Die von Lücke mit Erfolg angewandte Elektropunctur hat in einem meiner Fälle nichts genutzt; es kommt dabei wohl sehr auf die genaue Feststellung der Methode an; auch darüber wären mir Mittheilungen sehr erwünscht».

*

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 19. August 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2145	1465	3610
Kinderhospitäler	103	78	181
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	118	48	166
Scharlach	8	5	13
Pocken	2	3	5
Venerische Krankheiten	310	341	651

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 12. — 18. August 1884 besucht von 2211 Kranken, darunter zum ersten Mal von 950.

am 26. August 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2141	1487	3628
Kinderhospitäler	94	86	180
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	117	51	168
Scharlach	6	9	15
Pocken	5	6	11
Venerische Krankheiten	309	360	669

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 19. — 25. August 1884 besucht von 2307 Kranken, darunter zum ersten Mal von 916.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 19. bis 25. August 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
252	193	445	111	40	49	7	11	16	51	42	43	28	22	21	2	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 6, Masern 4, Scharlach 0, Diphtherie 8, Croup 3, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 22, andere Gehirnkrankheiten 24, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 53, Lungenschwindsucht 74, andere Krankheiten der Brusthöhle 9, Gastro-intestinal-Krankheiten 81, andere Krankheiten der Bauchhöhle 17, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 28, Marasmus senilis 15, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 13, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 10.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 26. August bis 1. September 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
237	174	411	92	23	56	9	7	14	42	52	33	34	26	18	3	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 12, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 3, Scharlach 2, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 3. Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 2.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 19, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung der Athmungsorgane 47, Lungenschwindsucht 65, andere Krankheiten der Brusthöhle 5, Gastro-intestinal-Krankheiten 67, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, angeborene Schwäche und Antrophia infant. 34, Marasmus senilis 21, Cachixia 21.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 0, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohner-zahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	3—9 August	181 732	75	9	20,5	12,0	33,1
Kopenhagen	6—12 August	267 000	139	19	27,1	13,7	38,5
Berlin	10—16 August	1 225 065	845	90	35,8	10,6	34,3
Wien	10—16 August	759 849	323	10	22,1	3,1	35,6
Brüssel	3—9 August	171 292	78	5	23,7	6,4	45,6
Paris	8—14 August	2 239 928	1196	120	27,8	10,9	27,6
London	10—16 August	4 019 361	1634	171	21,2	10,4	33,2
St. Petersburg	**17—23 August**	**928 016**	**488**	**54**	**27,3**	**11,0**	**25,1**
Stockholm	10—16 August	181 732	62	10	17,7	16,1	26,3
Kopenhagen	13—19 August	267 000	134	15	26,1	12,9	35,4
Berlin	17—23 August	1 225 065	821	106	34,8	12,9	36,4
Wien	17—23 August	759 849	311	13	21,3	4,1	32,5
Brüssel	10—16 August	171 292	81	2	24,8	2,5	33,4
Paris	15—21 August	2 239 928	1092	97	25,4	8,9	29,4
London	17—23 August	4 019 361	1579	188	20,5	11,9	34,0
St. Petersburg.	**24—30 August**	**928 016**	**457**	**54**	**25,6**	**11,8**	**22,6**

Neue Folge. # St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 37. St. Petersburg, 15. (27.) September 1884.

Ein Fall von Synovitis sero-fibrinosa genus dextri mit Bildung von Reiskörpern, bei gleichzeitiger fungös-tuberculöser Erkrankung der Synovialis.

Von

D. Israelsohn, stud. med.

(Aus der Dorpater chirurgischen Klinik).

Riedel hat im 10. und 12. Bande der D. Zeitschr. für Chirurgie mehrere Fälle von Erkrankungen des Kniegelenks beschrieben, in denen die Bildung fibrinöser Gelenkkörper stets mit chronischen zum Theil auf Tuberculose beruhenden Processen in der Synovialmembran Hand in Hand ging. Diese primären, nicht durch Infection von käsigen ossalen Herden her entstandenen tuberculösen Synovitiden beanspruchen ein ganz besonderes Interesse, sowohl in pathologisch-anatomischer wie in therapeutischer Beziehung. Eine Vervollständigung der Casuistik kann deshalb für die klinische Beurtheilung der Fälle nur dringend geboten erscheinen.

Mart. Grünberg, 20 a. n., Schäfer, giebt an vor ca. 2 Jahren beim Heben einer schweren Last, wobei er sich auf das rechte Bein stützte, eine Verstauchung des rechten Kniegelenks erlitten zu haben. Kurz darauf sei das Gelenk angeschwollen und hätten sich Schmerzen in demselben, sowie im Kreuze und in der Hüfte eingestellt. Die letzteren hätten sehr bald nachgelassen, während die Schmerzen im Kniegelenk, welche dem Patienten übrigens keine besonderen Beschwerden machten und auch die Function nur in geringem Maasse beeinträchtigten, mit zeitweiligen Unterbrechungen bis zum Winter vergangenen Jahres andauerten und dann mit dem Beginne des Winters total schwanden. Pat. erinnert sich nicht je an einer anderen Krankheit gelitten zu haben.

Von seinen Eltern und vier Geschwistern, die noch am Leben sind, soll der Vater an der Phthisis gestorben sein, und der älteste Bruder an einer chronischen *inneren* Krankheit laboriren, über deren Natur Pat. keine nähere Auskunft zu geben vermag.

Status vom 7. Februar 1884.

Pat. ist von mittelgrossem Wuchs, mässig entwickelter Musculatur bei etwas reducirtem Fettpolster. Circulationsapparat normal, Verdauungsstörungen nicht vorhanden. Am Respirationsapparat lässt sich weder auscultatorisch noch percutorisch etwas Abnormes nachweisen.

Locomotionsapparat: Beim Vergleich der unteren Extremitäten mit einander fällt eine beträchtliche Schwellung des rechten Kniegelenks, sowie der Supra- und Subpatellargegend sofort ins Auge; auch die beiden seitlich von der Patella befindlichen Gruben sind verstrichen. Unterhalb der Patella ist die Schwellung geringer als oberhalb derselben, wo sie sich ungefähr 6 Ctm. vom oberen Patellarrande weiter hinauf erstreckt und durch eine seichte Furche, welche die Grenze zwischen der mit Flüssigkeit gefüllten Bursa synovialis supracondylica und der Gelenkkapsel bildet, in zwei Abschnitte getheilt ist. Fluctuation ist deutlich wahrnehmbar, die Patella tanzt, doch lässt sich aus dem ziemlich schwachen Anpralle der Schluss ziehen, dass ein nur geringer Hydrops vorhanden sein kann. Bei der Palpation des Tumors hat man das Gefühl, als ob man einen mit Schrot gefüllten Beutel zwischen den Händen zusammendrückt und bei der passiven Bewegung der beiden Gelenkenden gegen einander lässt sich ein eigenthümliches Geräusch, welches an das Schneeballknirschen erinnert, deutlich wahrnehmen. Was die Function des erkrankten Gelenks betrifft, so ist nur eine geringe Störung derselben zu constatiren. Sie besteht darin, dass das Bein nicht ganz vollständig gestreckt werden kann, sondern bei einem Flexionswinkel von 170° verharrt, doch macht sich beim Gehen weder ein Hinken, noch eine Unregelmässigkeit im Aufsetzen der Füsse bemerkbar.

Am 7. Februar wird eine Probepunction vorgenommen, doch erweist sich das Lumen der Canüle als ein zu enges, denn hineingelangte Gerinnsel verstopfen dasselbe und lassen nur wenige Tropfen Flüssigkeit durchtreten. Durch einen in die gesetzte Oeffnung eingeführten dickeren Trokar werden ungefähr 15 Ccm. einer serösen mit etwas Blut untermengten Flüssigkeit, einige lockere Gerinnsel und mehrere hirsenkorn — bis erbsensengrosse, rundliche weisse Körperchen entleert. Dieser Eingriff hatte, abgesehen von den geringen, sehr bald nachlassenden Schmerzen keine weiteren Folgen, nicht einmal eine Temperatursteigerung. Nach Verheilung der Punctionsöffnung wurde am 11. Febr. eine elastische Binde applicirt und die Compressionsbe-

handlung unter zeitweiliger Entfernung der Binde bis zum 21. Febr. fortgesetzt, doch konnte eine Abnahme der Schwellung nicht erzielt werden.

Es wurde daher am 21. Febr. die breite Eröffnung des Gelenks behufs Entleerung der durch die Probepunction constatirten Corpuscula oryzoidea, von denen die grösseren durch die Trokarcanüle nicht entleert werden konnten, von Herrn Prof. v. Wahl vorgenommen. Ein ca. 7 Ctm. langer Schnitt an der lateralen Seite des Gelenks brachte sofort eine grössere Menge von Reis-Körpern zum Vorschein; neben denselben ergoss sich bei Druck nur eine geringe Menge klarer seröser Flüssigkeit. Darauf wurde mittelst des Fingers noch der Rest der im Gelenk frei flottirenden Körper hinausbefördert und auch ein der Synovialis adhärirendes etwa bohnengrosses Körperchen gelockert und entfernt. Danach Anlegung einer Contraapertur an der medialen Seite, Ausspülung des Gelenks mit einer Sublimatlösung von 1 : 1000, Drainage jederseits, Nahtverschluss und Lagerung in der Volkmann'schen Schiene.

Der Heilungsverlauf der Wunden war ein etwas protrahirter, doch traten bis auf geringe Schmerzen und eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,6 keine weiteren Complicationen ein. Am 5. März, also nach 4 Tagen, wurde der Verband zum ersten Mal gewechselt. In den entfernten Drains fanden sich die typischen Blutgerinnsel und die Geschwulst erschien bedeutend reducirt. Am 23. März bekam Pat. einen Stützapparat aus Filz (Wasserglaskapsel), mit seitlichen Schienen, mit welchem er, da das Gelenk völlig abgeschwollen, die Wunden vollkommen geheilt waren, am 24. März aus der Klinik entlassen werden konnte.

Die Corpuscula oryzoidea.

Es wurden ihrer ca. 25 entleert. Alle hatten ein mattglänzendes opakes Aussehen und waren von knorplig elastischer Consistenz. Mehrere waren von milchweisser Farbe, während andere einen Stich ins Gelbliche zeigten. Ihre Gestalt war im Allgemeinen eine runde oder auch ovale; bei den meisten war eine deutliche Abplattung wahrzunehmen. In ihrer Form erinnerten die grösseren an Mandeln; die kleineren an Gurkenkerne. Für einige dagegen, welche unregelmässig gestaltet mit dünneren und dickeren, längern und kürzern Fortsätzen versehen waren, liess sich ein Vergleich nicht recht heranziehen. Was ihre Grösse anlangt, so schwankte dieselbe zwischen der eines Stecknadelkopfes und einer grossen Bohne. Die Längsdimension der grössten betrug ca. 2 Ctm., während die kleinsten 2—3 Mm. maassen. Die durch Punction entleerten waren aus schon früher erwähnten Gründen kleiner, als die durch die Incision hinausbeförderten. Unter den letzten befand sich eins — dasselbe, welches nachträglich beim Ausbürsten der Gelenkhöhle von der Synovialis abgerissen wurde — an welchem ein dünner Stiel nachzuweisen war und dessen röthliche Farbe sofort verrieth, dass es vascularisirt sein musste.

Die freien Körperchen zeigten makroskopisch eine an Amylonkörner erinnernde concentrische Schichtung. Mehrere wiesen eine centrale Höhlung auf, welche eine sulzige, leimähnliche Substanz enthielt, während andere durchweg solide ware. Ferner liessen sich auf dem Durchschnitt deutlich 2 Schichten differenziren, eine derbe, lederartige, periphere, und eine bläulich durchscheinende, an eingedickten Stärkekleister erinnernde centrale Schicht, welche wiederum in der das Cavum unmittelbar begrenzenden Zone eine etwas derbere Beschaffenheit zeigten. Bei einem Körperchen bildete das Centrum ein derber Kern, welcher von einer gallertigen bläulichen Schicht, auf die eine gelbliche und dann wieder eine bläuliche Zone folgte, umlagert war, so dass das Ganze den Eindruck machte, als ob ein Paar Reiskörperchen in einander geschachtelt wären.

Ausserdem fanden sich noch freie Bildungen, welche ein Mittelding zwischen gewöhnlichen Gerinnseln und Reiskörpern zu sein schienen. Ihre Oberfläche war nur zum Theil glatt polirt und hatte an vielen Stellen ein rauhes Aussehen; auch vermisste man an ihnen die regelmässige Schichtung der eigentlichen Corpuscula oryzoidea. Offenbar waren dies Gerinnsel, welche eben erst in ihrer Ausbildung zu freien Reiskörpern begriffen waren. Mikroskopisch boten die Corp. oryz. das Bild des hyalin umgewandelten, sog. canalisirten Fibrins dar. Bei schwächerer Vergrösserung liess sich deutlich, besonders an der Peripherie, eine structurlose lamellöse Schichtung erkennen, welche zum Centrum hin undeutlicher wurde und sich allmälig in ein aus verzweigten engeren und weiteren Lücken bestehendes Kanalsystem auflöste. Bei stärkerer Vergrösserung wurden diese Lücken auch an der Peripherie sichtbar. In diese Lücken eingestreut fanden sich nur peripherisch ein- und zweikörnige lymphoide Zellen, welche wahrscheinlich nachträglich eingewandert sein mussten, da es nicht anzunehmen ist, dass die im Extravasat ursprünglich vorhanden gewesenen zelligen Elemente, während der Bildungsdauer eines solchen Reiskörperchens persistirt hätten. Für diese Annahme spricht auch der Umstand, dass die lymphoiden Zellen in den dem Centrum näheren Lücken sich ganz verloren, während sie zur Peripherie hin an Zahl zunahmen.

Einen höchst interessanten Befund bot das bereits erwähnte gestielte Körperchen. Aeusserlich unterschied sich dasselbe nur durch seine röthliche Farbe und seine weichere Consistenz von den freien Reiskörpern. Ausserdem war seine der Gelenkhöhle zuschauende Fläche gleichfalls von fibrinösen Depositis überlagert, während der übrige Theil der Oberfläche frei von solchen war. Die mikroskopische Untersuchung von Flächen- und Querschnitten dieses Gebildes lies keine Zweifel darüber aufkommen, dass neben der Synovitis serofibrinosa eine beginnende fungös-tuberculöse Erkrankung des Gelenks bestehen musste. Besonders deutlich und in grösserer Menge fanden sich auf Schnitten, die quer zur Längsaxe geführt waren schon makroskopisch sichtbare graue Knötchen, welche in einem weichen, gefässreichen Bindegewebe eingebettet waren. Diese *Knötchen* bestanden aus einer Anhäufung von rundlichen Zellen, welche in einem sehr feinfasrigen engmaschigen Reticulum eingebettet waren und einen oder mehrere Kerne deutlich erkennen liessen. Zum Centrum eines solchen Zellhaufens hin waren die Zellen grösser und kernreicher und hatten ein epitheloides Aussehen, während sie zur Peripherie hin kleiner wurden und den Character der lymphoiden Zellen trugen. Diese Zellhaufen lagen theils isolirt, theils zu mehreren bei einander, doch waren sie stets durch eine Bindegewebslage von einander deutlich abgegrenzt. Eine käsige Umwandlung der Knötchen konnte nicht wahrgenommen werden, denn die Zellconturen waren überall noch deutlich zu erkennen; die Tuberkeleruption im Kniegelenk musste somit nicht allzu alten Datums sein. In mehreren dieser Knötchen konnte keine Riesenzelle nachgewiesen werden, während in anderen sich nur eine meist recht grosse im Centrum des Tuberkels finden liess und in einer dritten Reihe von Knötchen kleinere Riesenzellen auch excentrisch gelegen waren. Die Form der letzteren war eine länglich ovale oder auch runde, während eine central gelegene grosse Riesenzelle entweder gleichfalls runde Contouren hatte oder mit mehr oder weniger grossen Ausläufern versehen war. Die grossen länglichovalen Kerne dieser Riesenzellen, welche sich deutlich von dem durch Alaun-Carmin hellrosa gefärbten etwas granulirten Protoplasma abhoben und 1 oder 2 Kernkörperchen aufwiesen, waren theils wandständig in einer oder zwei Reihen gruppirt, theils im Centrum der Zelle zu einem Haufen vereinigt.

Das Granulationsgewebe war von einem überaus reichen Blutgefässnetz durchzogen, welches sich in der Umgebung eines Tuberkelknötchens besonders stark verzweigte; doch gingen die Blutgefässe nur bis an ein solches Knötchen heran, drangen aber nicht in dasselbe ein. Nur an wenigen Stellen fand sich auch dichtes zellarmes fibrilläres Bindegewebe mit länglichen, stäbchenförmigen Kernen. Der Gefässreichthum sowohl, als die starke Zellenproliferation,

sowie die Einlagerung von Tuberkelknötchen sprachen dafür, dass wir es mit echtem Granulationsgewebe zu thun hatten und es folgt daraus, dass dieses Gebilde offenbar in keinem genetischen Zusammenhang mit den Reiskörpern stehen konnte. Was die Frage nach der Genese der Corp. oryzoidea betrifft, so herrschen darüber bekanntlich 2 Ansichten. Virchow hielt diese Körper früher für concentrische Gerinnsel, neigte sich aber darauf der Ansicht zu, dass sie wirkliche Excrescenzen, Zottenhyperplasien seien, die sich stielen, auf mechanischem Wege, durch gegenseitigen Druck ablösen und nachher von Fibrinschichten umlagert werden. Auch Meckel lässt sie durch eigentliches Wachsthum, welches durch gleichzeitige Infiltration und Apposition von den in der Synovia gelösten Faserstoffmassen geschehen soll, sich bilden. Volkmann glaubt sich davon überzeugt zu haben, dass die Genese derselben in verschiedenen Fällen eine verschiedene sein kann und spricht sich dahin aus, dass es Fälle giebt, wo sie aus einer Hyperplasie der Zotten hervorgehen und Fälle, wo sie sich nur durch Niederschläge und eigenthümliche Gerinnungsvorgänge aus dem eingedickten Schleimbeutel- oder Hygrominhalte bilden. Das letztere soll nach demselben Autor das häufigere sein. Ich glaubte diese Frage für den vorliegenden Fall in der Weise lösen zu können, dass ich durch solch' ein freies Reiskörperchen Serienschnitte anfertigte, um auf einen organisirten Kern zu stossen. Fand sich ein solcher, so war die Entstehung offenbar auf eine Zottenhyperplasie zurückzuführen, im entgegengesetzten Falle aber auf eine, durch eine Synovialhautentzündung auf der Intima der Synovialis abgesetzte und derselben nur leicht adhärirende fibrinöse Auflagerung, welche sich bei Bewegung des Gelenks allmälig lockerte, abfiel, sich mit neuen Fibrinmassen umgab und so zum Kern des betreffenden Körperchens wurde. Letzteres wird wohl in dem vorliegenden Falle stattgehabt haben, denn auf keinem der Serienschnitte liess sich auch nur andeutungsweise organisirtes Gewebe nachweisen.

Die im Laboratorium des Herrn Doc. Dr. G. Bunge von Stud. Czerwinski vorgenommene chemische Untersuchung der Reiskörper ergab sehr ähnliche Resultate wie in dem von Czerwinski in № 2 dieser Wochenschrift beschriebenen Falle, so dass ich derselben nichts neues hinzuzufügen habe.

Ueber den Zusammenhang zwischen der serös-fibrinösen und fungös-tuberculösen Synovitis lässt sich nur wenig aussagen. Vielleicht, dass das Trauma zunächst die Ursache zu einem serös-fibrinösen Ergusse ins Gelenk wurde, während die fungöse Entzündung der Synovialis sich erst secundär auf Grund der bestehenden chronischen Reizung entwickelte. Ein suppuratives Uebergangsstadium konnte nicht vorhanden gewesen sein, da weder Eiterzellen, noch käsige Herde nachzuweisen waren. Die Prädisposition zur fungösen Erkrankung scheint diesem Falle durch die Anamnese gegeben zu sein. Der Vater des Pat. ist Phthisiker, der Bruder leidet gleichfalls an einer chronischen Krankheit, welche wahrscheinlich Scrophulose sein dürfte, die Ernährung der Körpergewebe des Pat. ist keine gute.

Eine Zusammenstellung derartiger, eingehender beschriebener Fälle dürfte vielleicht einiges Werthvolle zur Kenntniss des genetischen Zusammenhanges der Tuberculose mit den Entzündungsproducten, (Fibrin, Eiter, Granulationsgewebe) beitragen, und dem Arzte manchen Fingerzeig für die einzuschlagende Therapie solcher combinirter Erkrankungen geben.

Dorpat den 15. Mai 1884.

Ueber acute Osteomyelitis speciell der flachen Knochen.

(Vortrag gehalten in der ärztlichen Gesellschaft zu Riga.)

Von
Dr. A. Bergmann.
Ordinator am städt. allgem. Krankenhause.

M. H. Wenn Sie vor einiger Zeit über einen Fall von acuter Osteomyelitis referiren hörten, bei dem Dr. Schwartz die Totalresection einer Tibiadiaphyse vornahm, und Dr. Schwartz Ihnen nächstens über den vorzüglichen Verlauf des Falles zu referiren und den Kranken vorzustellen gedenkt, so erlauben Sie mir, Ihnen zwei Präparate vorzulegen, die Fällen entstammen, welche die Osteomyelitis ohne rationelle Behandlung durchgemacht, und bei denen sich an die acute Krankheit langdauerndes Siechthum schloss. Beide Fälle hatte Dr. Jansen die Freundlichkeit mir zu überlassen, als ich ihn für einige Tage in seiner Abtheilung vertrat. In dem einen Fall handelt es sich um einen etwa 18jährigen Israeliten, der vor $1^1/_2$ Jahren eine acute Osteomyelitis des r. Femur durchmachte. Ein halbes Jahr darauf bildeten sich die Fisteln, durch die Knochenstückchen entleert wurden. Der r. Oberschenkel ist im unteren Drittel aufgetrieben, verdickt, auf der Innen- und Aussenseite befinden sich Fisteln, die auf rauhen entblössten Knochen führen. Das Kniegelenk intact. 17./II Sequestrotomie, langer Schnitt auf der Innenseite, Extraction eines allseitig gelösten $14^1/_2$ Ctm. langen, im mittleren Drittel röhrenförmigen Sequesters. Vom unteren Winkel der Sequesterlade nach abwärts erweist sich der Knochen von Periost entblösst, nekrotisch. Der Meissel dringt in rareficirte Spongiosa. Es wird das Ende der Diaphyse in mehr als 6 Ctm. Länge abgemeisselt, bis auf eine hintere, schmale Brücke. Die Spongiosa mit dem scharfen Löffel entfernt. Wismuthtampon. Sublimatwatte. Wergverband. Aus dem Krankheitsverlauf ist hervorzuheben, dass die nachgelassene Brücke bei einem der nächsten Verbandwechsel sich als fracturirt erwies. Die Heilung ging ohne jegliche Temperatursteigerung vor sich. Am 27./IV. erwies sich das Femur consolidirt und bestand nur noch eine oberflächliche granulirende Wunde. Der letzte Verband hatte 14 Tage gelegen.

Der 2. Fall betrifft einen sehr reducirt aussehenden 45 Jahr alten Mann, der vor mehr als 15 Jahren eine Osteomyelitis des r. Oberschenkels durchgemacht. Vor etwa 15 Jahren ist Pat. einer Sequestrotomie unterworfen worden, ohne dass dieselbe jedoch zu einer radicalen Heilung geführt. Am 6./I. a. c. acquirirte Pat. beim Bewegen des Beines im Bett eine Spontanfractur.

R. Ober- und Unterschenkel stark abgemagert. Im unteren Drittel des Oberschenkels an der Innenseite eine tief eingezogene Narbe mit offener Fistel, an der Aussenseite mehrere secernirende Fisteln. Fractur über den Epicondylen. 19./II. Necrotomie. Schnitt an der Innenseite über 10 Ctm., an der Aussenseite über 15 Ctm. lang. Das Periost ist vom Knochen mit dem Scalpellstiel abschiebbar. Der Knochen verdickt, auf der Innenseite namentlich und hinten hoch hinauf rauh. Im mittleren Drittel wird auf die Markhöhle gemeisselt, der Meissel dringt in eine $3^1/_2$ Ctm. lange Sequesterhöhle — der Sequester ist jedoch resorbirt. Oberhalb der Höhle wird der Knochen abgesägt, unten muss er innerhalb der Epicondylen abgemeisselt werden. Im Diaphysenende 3 Ctm. langer, $2^1/_2$ Ctm. breiter alter Sequester von scheusslich stinkendem Eiter umgeben. Die Spongiosa der Epiphyse derart erweicht, dass die ganze Epiphyse mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden musste. Beim Verlängern des Schnittes nach unten wird der obere Recessus eröffnet. Ausspülung des Gelenkes mit Sublimatlösung (1 : 1000). Tampon auf die Schnittöffnung. Wismuthtampon in die Wundhöhle. Die Hälfte des äusseren Schnittes und etwa ein Drittel des inneren werden vernäht. Sublimatwatte, Wergverband, Schiene, die das Becken fixirt. Die Länge des resecirten Stückes beträgt 24—25 Ctm. An der Vorderfläche eine alte, vorn offene, 10 Ctm. lange und 2 Ctm. breite Sequesterlade, ca. $1^1/_2$ Ctm. über deren unterem Winkel verläuft die Spontanfractur.

Der erste Verband bleibt 8 Tage liegen. Am 6. und 7. Tage Ab. 38,3. Am 26./II. Verbandwechsel, die genähten Partien sind p. pr. int. geheilt, ebenso der Schnitt im Recessus. Viel Secret im Verbande. Die Wunde ist trocken.

Am 27 und 28. Ab. 38,4. Beim 2. Verbandwechsel granulirt die Wundhöhle gut, der Knochenstumpf hat einen Druckdecubitus gemacht — Becly'sche Schiene. Es tritt profuse Eiterung ein, der Knochenstumpf ragt zum äusseren Wundwinkel vor; Pat. dabei fieberfrei. Wegen anhaltender starker Eiterung macht Dr. Jansen am 31./III. die Amputation. Pat. geht jetzt seiner Genesung entgegen. Es wäre vielleicht indicirt gewesen statt der Resection lieber die sofortige Amputation vorzunehmen. Allein die Einwilligung zu einer solchen war vom Pat. nicht zu erlangen, und so hielt ich den Versuch auch einer so ausgedehnten Resection für berechtigt. Durch den Eingriff selbst hat — wie der Verlauf während der ersten Woche zeigt — das Wohlbefinden des Patienten keinerlei Einbusse erlitten. Der Verlauf nahm erst eine weniger günstige Wendung, als beim Verbandwechsel ein richtiges Fixiren des Stumpfes sich als nicht durchführbar erwies. — Um vorkommenden Falls dieses zu vermeiden, sowie eine raschere Consolidation anzubahnen, würde ich es für geeignet halten einige Tage nach der Operation nach vorhergegangener Wismuthbehandlung der Wundhöhle in Narkose einen Elfenbeinstab einerseits in die Markhöhle einzufügen, andererseits in die Epiphyse resp. das noch erhaltene Ende der Diaphyse hineinzupassen und über dem Stabe die secundär angelegten Suturen zu knüpfen. Eine Verschiebung der resecirten Enden wäre dadurch unmöglich gemacht und bietet die Secundärnaht die für das Einheilen des Stabes günstigsten Chancen.

M. H. Wenn Sie die Leidensgeschichte dieser beiden Fälle vergleichen mit dem Fall, über den Ihnen Dr. Schwartz referirte, so bedarf es wohl keines längeren Plaidoyers für die frühzeitig angewandte Kunsthülfe. Wohl in keiner anderen Infectionskrankheit tritt mit solcher Evidenz der Erfolg auf den rechtzeitig gewählten therapeutischen Eingriff ein. Der Umstand, dass die Osteomyelitis sich in Gebieten abspielt, welche der directen Therapie zugänglich sind, legt uns ganz besonders die Verpflichtung auf, rechtzeitig das Ergriffensein dieser Gebiete zu erkennen, sie freizulegen und den Krankheitsherd zu eliminiren. Ueber das Wann? dieses Eingriffs sind die Ansichten aufs Weiteste auseinander gegangen. Während schon Morren Smith[1]) für frühestes Incidiren plaidirt, haben die Meister der französischen Schule, deutsche Autoren wie Demme[2]), Abwarten des spontanen Durchbruchs, oder, wenn derselbe nahe bevorstehend, Eröffnung des Abscesses mit dem Glüheisen gerathen. Für uns haben heutzutage diese Ansichten nur historisches Interesse. Ubi pus, ibi evacua. Dieses Wort unseres alten Meisters soll die Richtschnur für unser Handeln vor Allem in dieser Krankheit sein, bei welcher der Eiter durch seinen Sitz in starrem, unnachgiebigem Gewebe sich unter ganz besonderem Druck befindet, dem allein es doch zugeschrieben werden muss, dass wir nach einem häufig nur wenig Tage dauernden Krankheitsverlauf der ausgedehntesten Periostablösung, Epiphysentrennung und Vereiterung der angrenzenden Gelenke gegenüberstehen. Je früher wir also den primären Sitz des Eiters blos legen, desto günstiger wird sich der Krankheitsverlauf gestalten. Es fragt sich nur, wo wir diesen Sitz zu suchen haben.

Während die Verhandlungen der Société de chirurgie noch 1879 die lebhaftesten Debatten darüber aufweisen, die einen Autoren den primären Sitz der Erkrankung in das Knochengewebe verlegen, während die anderen fest an der Chassaignac'sche Lehre vom abscès sous-périostique aigu halten, hat sich in Deutschland wohl die Ueberzeugung immer mehr gefestigt, dass das Periost erst secundär an der Erkrankung sich betheilige; wenigstens für die Röhrenknochen und die Epiphysen steht diese Ansicht fest, was dem Umstande zu entnehmen, dass in der Literatur des letzten Jahrzehnts Fälle von acuter spontaner Periostitis der langen Knochen nicht mehr vorkommen. In der That haben wir in den Fetttropfen, die in wechselnder Menge, aber wohl ausnahmslos dem Eiter des subperiostalen Abscesses beigemengt sind, ein sicheres Kriterium dafür, dass die Erkrankung eine ostale, dass durch sie der Druck in der Markhöhle in excessivem Maasse gesteigert, wodurch, wie solches bereits 1854 unter Roser's[3]) Leitung nachgewiesen worden, auch experimentell ein Durchtreten von Fett durch die Haversi'schen Kanäle stattfindet. Bei Erkrankung spongiöser Knochen fehlt das Fett, da offenbar die durch die Ausbreitung der entzündlichen Zellenproliferation frei werdenden Fetttröpfchen in zu minimaler Anzahl vorhanden sind, um makroskopisch sichtbar zu werden, theils wohl auch zur Resorption gelangt sind, wenn man zur Incision des Abscesses kommt. Jedoch weisen die Erscheinungen, welche die Erkrankung der Epiphysen im Gefolge hat, die innerhalb weniger Tage auftretende Gelenkvereiterung und mehr noch die Epiphysenlösung zu augenfällig auf eine ossale Erkrankung hin, als dass sie nicht schon früher als solche erkannt worden wäre. Nur scheint es, als wollten die Autoren eine primäre Erkrankung derselben nicht anerkennen. Klose[4]) denkt sich ihre Erkrankung durch eine Röhrenmarkentzündung entstanden, welche anfangs auf das Periost übergehe (Meningophlebitis) und durch die Periostitis entstehe dann die Entzündung des spongiösen Knochens. Diese complicirte Deutung des Befundes erklärt sich aus der Ueberzeugung, dass der Hauptsitz der Erkrankung in das Röhrenmark zu verlegen sei. Eine Ansicht, die jedenfalls nicht absolut gültig, von Roser[5]) und Böckel sogar gänzlich angestritten wird. Nach diesen Autoren sollen die Höhlenmarksabscesse secundärer Natur sein. In der That erinnern Sie sich vielleicht am Präparat, das Dr. Schwartz hier demonstrirte, vorwiegend kleine Eiterherde in den Diaphysenenden und auch in exquisiter Weise im Verlauf der Diaphyse dem Markkanal ansitzend gesehen zu haben; — ein Befund, der für obige Ansicht sprechen könnte. Zweifellos ist beim Röhrenknochen das Haversi'sche System stets afficirt. Auch die spongiöse Knochensubstanz zeigt denselben Bau, wie die Corticalis der Röhrenknochen. Die Lücken ihres Gewebes sind gleichfalls Haversi'sche Kanäle, die nur verbreitert sind, so dass zwischen ihnen blos eine schwache Schicht von Knochengewebe übrig bleibt, die immer in concentrischen Lamellen angeordnet ist. So werden wir denn hier Dank dem stärkeren Marklager, in welchem die Gefässe eingebettet sind, ausgebreitete Thrombosirungen und damit ausgedehnte Nekrosen nicht zu erwarten haben. Entzündliche Einschmelzung des Knochengewebes, Erweichung desselben — die sog. Caries — kleine circumscripte Nekrosen, das ist der Befund bei der Erkrankung spongiösen Knochengewebes. Für die flachen Knochen existirt die Diagnose Osteomyelitis acuta erst seit neuester Zeit. — Die eigenartige Gestaltung der Knochensubstanz, die geringe Stärke des spongiösen Lagers, andererseits die breite Fläche ihres Periosts bedingen es, dass der Eiterguss, welcher das Periost abhebt, zunächst den Eindruck hervorruft, als habe ihn das Periost und nicht die dünne Knochenplatte producirt. So haben sich denn auch die Beobachter selten die Mühe gemacht, eine genaue Untersuchung des Knochens vorzunehmen. Die Eiteransammlung und das abgelöste Periost genügten, und die Diagnose Periostitis maligna stand fest.

Vergegenwärtigen wir uns die anatomischen Verhältnisse des Periostes, so haben wir die makroskopisch als dem Knochen unmittelbar anliegende derbe, sehnige Schicht zu unterscheiden von einer lockeren Zellgewebsschicht, in der die Gefässe ihre Ausbreitung finden, welche in den

[1]) Archives générales 1839.
[2]) L. Arch. Bd. III.
[3]) Andreae Diss. de periostitide. Marburg 1851.
[4]) Klose, Prager Vierteljahrschrift 1858. I.
[5]) Roser, Pseudorheumat. Knochen und Gelenkentzündung, Arch. f. Heilkunde. VI.

Knochen treten. Es ist Thatsache, dass bei der Periostablösung durch Eiter wir die derbe, sehnige Schicht am Wenigsten verändert finden. Hebt doch Billroth hervor, dass diese Schicht sehr viel weniger geeignet zur Entwickelung und Ausbreitung entzündlicher Processe sei als die äussere.

Wenn aber diese letztere primär erkrankt, so ist der natürliche Weg für die Ausbreitung der Eiterung in den Muskelinterstitien gegeben, durch das lockere Zellgewebe derselben wird der Eiter früher sich an die Oberfläche verbreiten können, als er die derbe sehnige Schicht des Periosts sensu strictiori zu überwinden, eine Ablösung derselben vom Knochen herbeizuführen im Stande ist. Nun ist aber mikroskopisch als innerste Schicht des Periosts ein Capillargefässstratum zu constatiren, über dessen Hingehörigkeit zum Knochen oder zum Periost die Autoren noch nicht einig sind. Festzuhalten ist, dass die Gefässe dieses streitigen Gebiets direct in diejenigen des Haversi'schen Systems übergehen (Ranvier, Fehr). Bildet sich an dieser Stelle ein Entzündungsherd, so kann eine Mitbetheiligung des Haversi'schen Systems nicht ausbleiben. Mithin ist es für unser therapeutisches Handeln richtiger diese Schicht als zum Knochen gehörig zu betrachten, weil wir uns dadurch vergegenwärtigen, dass wir mit der einfachen Incision auf den subperiostalen Eiterherd nicht unsere ganze Aufgabe erfüllt haben, sondern nach dem Messer zum Meissel greifen müssen, um nun auch die Eiterung im Knochen zu beseitigen. — Das Periost unterhält nicht durchweg dieselben Beziehungen zum Knochen. Wir sehen es an den flachen Knochen in relativ lockerer Verbindung besonders an den Stellen, wo grössere Partien compacter Knochensubstanz vorliegen, während es seinen Character ändert an Stellen, wo Sehnen inseriren. Die Sehne tritt in den Knochen hinein, eine äusserst feste fibröse Verbindung mit ihr bildend; von einem Periost in dem ebengeschilderten Sinn ist hier garnicht die Rede, gleichzeitig sind aber gerade diese Knochenpartien durch ein stärkeres Lager spongiöser Substanz gekennzeichnet. Am deutlichsten repräsentirt diese Verhältnisse das Schulterblatt. Während das Periost der Fossa supra- und infraspinata und subscapularis durch seine lockere Verbindung mit dem unterliegenden compacten Knochen einer Periostitis den geeignetsten Boden abgäbe, zeigt keine einzige der Ihnen vorliegenden Krankengeschichten einen Fall, wo auf diese Partieen allein die Periostablösung beschränkt gewesen wäre. In der Mehrzahl der Krankengeschichten lässt sich der Nachweis führen, dass die Erkrankung begonnen habe an einem der beiden grossen Fortsätze der Scapula, an ihrem äusseren oder inneren Rande, an der Spina — kurz, an Stellen, welche die spongiösen Regionen des Knochens repräsentiren und auf welchen in Folge der sich inserirenden Muskeln ein eigentliches Periost durch derbes fibröses, direct in den Knochen übergehendes Gewebe ersetzt wird. Tritt hier die Eiterung an die Oberfläche, dringt sie bis an eine compacte Region des Knochens vor, so wird sie nun, Dank der lockeren Anheftung des Periosts, rasch zu einer ausgedehnteren Ablösung desselben führen, bei der Autopsie wird aber auch in diesen Fällen die tiefere Zerstörung der einen oder anderen spongiösen Partie den Ausgangspunct der Erkrankung erkennen lassen. — Das über die Scapula Gesagte gilt in demselben Masse für das Hüftbein, welches wir nach Luschka als eine Knochenplatte ansehen können. Diese zeigt entsprechend der Crista, ferner um das Hüftgelenk ein stärkeres Lager spongiöser Substanz, welche sich in grösserer Mächtigkeit am absteigenden Sitz- und horizontalen Schambeinast hinzieht, während aufsteigender Sitz- und absteigender Schambeinast nur dünne gracile Knochenplatten repräsentiren, diese letzteren werden in den betreffenden Krankengeschichten durchweg intact gefunden. Was nun endlich die flachen Knochen mit gleich starker Schicht spongiöser Substanz betrifft, so wird je nach der Stärke der spongiösen Substanz und dem Sitz des Herdes es blos zu einseitiger oder doppelseitiger Periostablösung kommen. Während bei den Schädelknochen constant Ablösung sowohl des Periosts wie der Dura gefunden wird — auch bei frühzeitiger Incision, kommt am Sternum auch einseitige Periostablösung vor.

(Schluss folgt.)

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von
Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Fortsetzung.)

An *Carcinom* und anderen *bösartigen Neubildungen*, welche Gruppe in der Liste die 15. Stelle einnimmt, starben 22 Personen (12 Männer, 10 Weiber), wovon zur Section gelangten 11 Männer und 8 Weiber (19). Hierzu kommen noch 5 Fälle, in denen Neoplasmen einen mehr nebensächlichen Befund bildeten und zwar: 1) Carcinoma medull. ventricul. (Phthisiker), 2) Carc. port. vaginal. uteri (Peritonitis post sect. caesar.), 3) Carcinoma port. vaginal. et corp. uteri (Empyema), 4 (Sarcoma gland. lymphat. solitar. (Febr. recurrens), 5) Cystoma ovarii (Volvulus). Rechnet man diese hinzu, so handelte es sich 7 Mal um Carcinoma *ventriculi* (5 Männer, 2 Weiber) und zwar 6 Mal um Carc. medull. (der kleinen Curvatur) und nur einmal um Scirrhus (des Pylorustheiles). Ein Fall von Medullarkrebs (45j. Frau) endete durch perforative Peritonitis; hier fand sich an der vorderen Magenwand, 2 Cm. von der kleinen Curvatur entfernt in der linken Parasternallinie eine mehrere Millimeter weite Oeffnung, durch welche Magencontenta ihren Weg in die Peritonäalhöhle genommen hatten — acute Tympanitis abdominis, 6500 Ccm. eines seifenwasserähnlichen, trüben, schaumigen Exsudates. — Viermal hatte der Medullarkrebs keine Metastasen gemacht, während in 2 Fällen, sowie auch beim Scirrhus directes Uebergreifen auf die Leber und Bildung metastatischer Knoten in dieser und in benachbarten Lymphdrüsen stattgefunden hatte. In einem Falle fand sich, was ich als selten besonders hervorheben möchte, ein kirschgrosser metastatischer Knoten im Kopfe des Pankreas.

Nächst dem Magen war der weibliche Geschlechtsapparat am häufigsten von Krebs befallen (5 Fälle, worunter 2 als mehr nebensächlicher Befund); die Neubildung beschränkte sich zwei Mal auf die Port. vaginal. uteri, 3 Mal war auch das Corp. uteri an der Degeneration betheiligt, wobei es zweimal zu Zerstörung der Uterinwandung und Durchbruch in benachbarte Organe gekommen war — mehrfache Fistula recto-uterino-vesical. in dem einen, Durchbruch in das Beckenzellgewebe, Bildung eines subperitonäalen Abscesssackes und Durchbruch dieses letzteren in das S roman. in dem anderen Falle (s. oben). Metastasen fanden sich nur einmal — in Leber und retroperitonäalen Lymphdrüsen.

Es folgen 3 Fälle von Carcinoma recti — 2 Scirrhen und ein Medullarkrebs; während 2 der betr. Patienten bereits bejahrtere Individuen waren (57 resp. 73 Jahr) betrifft der 3. Fall einen noch relativ jungen Mann.

An dem 37-j. Pat. (Ernst B.) war bereits im Sommer 1882 wegen Carcinoma die Exstirpatio ani et recti vorgenommen worden und derselbe geheilt entlassen worden. Im März 1883 Recidiv, ohne Drüsenschwellung; Schmerzen, unerträgliche Stuhlverstopfung. Abführmittel und Eingiessungen schaffen nur vorübergehend Erleichterung. Den 20. Mai Colotomia sin. nach Fine (Dr. Voss). Operation ohne üble Zufälle, Verheilung per primam. Den 31. Mai Abscedirung in beiden Hinterbacken. Incision. Aus der Incisionswunde der linken Hinterbacke entleert sich in den nächsten Tagen Koth und Gas, zugleich erfolgen Stuhlentleerungen aus dem Anus artifical. Am 7. Juli ging Pat. kachektisch zu Grunde. Section (Dr. Treymann): Rectum, Blase sowie das zwischen diesen befindliche Bindegewebe, das Beckenzellgewebe zu einer derben schwieligen Masse verbacken, knirschend beim Durchschneiden, der Mastdarm in ein enges 3—3,5 Cm. dickes starres Rohr von c. 20 Cm. Längsausdehnung (über der Analöffnung) verwandelt, welches auf dem

Durchschnitt theils aus glänzend weissen streifigen Zügen, theils aus halb durchscheinender Substanz besteht. Der unterste Theil dieses Rohres ist in einer Ausdehnung von c. 3 Cm. Länge von zahlreichen Fistelgängen durchzogen, die mit den Glutäalabscessen communiciren; die das Lumen des Rohres begrenzenden Schichten hier vollkommen geschwürig zerfallen — nach oben hin relativ normal erscheinende verdickte Schleimhaut. Markige Schwellung der Sacral-, Retroperitonäal- und Mesenterialdrüsen. Die mit der artificiellen Analöffnung correspondireude Oeffnung des Darmrohres gehört der Mitte der Flexura sigmoid. an (80 Cm. über der Analöffnung). In der Peritonäalhöhle nirgend irgendwelche entzündliche Veränderungen.

Der speciellen Erwähnung für werth halte ich folgenden Fall von Sarcoma ilei.

40-j. Mann. Seit einem Jahre Durchfälle, Schmerzen, Blässe, mässige Abmagerung, Erbrechen, Tumor im Abdomen. Tod unter schnell zunehmender Kachexie. — Im Ileum 1 Meter oberhalb der Ileocoecalklappe eine faustgrosse Geschwulst welche, mit leicht eingeschnürter Basis singulär entspringend und pilzartig sich verbreiternd, von allen Seiten her in das Darmlumen hineinwuchert und dasselbe bis auf eine den kleinen Finger durchlassende Passage (excentrisch, mehr zum freien Rande hin) verengt. Die markig-weiche chokoladenbraune Tumormasse ist an den die genannte Passage begrenzenden Theilen, sowie an den stromabwärts gerichteten Abhängen oberflächlich exulcerirt. Die Darmwandung oberhalb der Geschwulst in sämmtlichen Schichten leicht verdickt, am stärksten die Muscularis; diese, sowie die in ihren Falten etwas verstrichene sonst aber völlig intacte Schleimhaut schlagen sich auf die Geschwulst hinüber und verschwinden erst an den exulcerirten Partien. Unterhalb des Tumors zur Ileocoecalklappe hin sind die Darmwandungen von normaler Dicke, auch hier Muscularis und Mucosa eine kurze Strecke weit als Hülle der Geschwulstmasse zu verfolgen. Unter der Geschwulst zieht die Serosa intact hinweg. Umfang des Darmes ober- und unterhalb der Stenose gleich gross. Die der Neubildung zunächst gelegenen Lymphdrüsen des Mesenteriums zu kirsch- bis taubeneigrossen Knoten intumescirt, einzelne derselben von Hirnmark ähnlicher Consistenz und Farbe, die meisten jedoch derber und von central ausstrahlenden, zarten, weisslichen Bindegewebszügen netzartig durchwirkt, wodurch die Schnittfläche ein weissliches, sehnig glänzendes Aussehen erhält. In der Leber zahlreiche nuss—hühnereigrosse metastatische Knoten, die kleinen derb, hart, unter dem Messer knirschend, von gelblich weisser Farbe, die grösseren von medullärer Consistenz, auf der Schnittfläche vorquellend, und von mehr röthlicher Farbe sowie von kleinen Hämorrhagien durchsetzt. Sowohl in den Knoten des Mesenteriums als in denen der Leber opak-citrongelbe, trockene, käsige Einsprengungen. Keine weiteren Metastasen; der übrige Theil des Darmes, sowie der Magen (letzterer leicht dilatirt) bieten nichts Abnormes dar. In der Bauchhöhle c. 2600 Cm. leichtgetrübten farblosen Serums; frischer Milztumor. Die mikroskopische Untersuchung, soweit sie bis jetzt gediehen, ergab, dass man es der Hauptsache nach mit einem aus Rund- und spärlichen Spindelzellen zusammengesetzten Sarcom zu thun habe. Nähere Mittheilung vorbehalten. (Forts. folgt.)

Referate.

Finger: Beitrag zu den syphilitischen Erkrankungen der Gelenke, Sehnen, Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Aus der syphilitischen Klinik von Prof. Neumann in Wien. (Przegl. lek. № 5 und ff. 1884).

Die Arbeit giebt eine umfassende und ausführlich bearbeitete Zusammenstellung aus der Geschichte der Syphilis und der allgem. Medicin über die herrschenden Anschauungen von den Gelenkerkrankungen bei Syphilis bei alten und neuen Autoren. Wir erfahren, dass in der deutschen Literatur die Meinungen der Syphilidologen bis jetzt noch nicht klar formulirt sind. Einige von ihnen z. B. Zeissl gehen sogar soweit, dass sie jede specifische Erkrankung dieser Organe vollkommen ausschliessen. Viel mehr Beachtung schenkt man diesen Erkrankungen in der englischen und französischen Literatur. Aus eigener Beobachtung führt Verf. 9 Fälle an, die sehr ausführlich beschrieben sind. Fünf von ihnen kamen im secundären Stadium der Syphilis im III. und IV. Monate nach der Infection und zwar zugleich mit dem syphilitischen Exanthem in Behandlung. Drei Fälle kamen 6 bis 10 Jahre nach der überstandenen Infection d. h. im gummösen Stadium vor. Der Umstand, dass alle diese Fälle, eine sehr lange Zeit mit Salicylsäure behandelt, zur Heilung nicht gebracht werden konnten, und dass erst Jodkalibehandlung mit einem prompten Heilerfolge gekrönt wurde, scheint die Möglichkeit einer einfach rheumatoiden Erkrankung auszuschliessen. Sich auf eigene Beobachtungen und auch fremde Literaturangaben stützend, kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass man mehrere Arten von syphilitischen Affectionen an diesen Gebilden annehmen muss.

Am häufigsten kommen vor: 1) *Arthralgien* und zwar in den grossen Gelenken; dabei findet man nur functionelle Störungen ohne irgend welche anatomischen Veränderungen, 2) *Arthritis*, bei welcher solche ausgesprochen sind. Diese Arthritis tritt in zwei Formen auf: a) primäre, entweder monoarticuläre, auch polyarticuläre acute oder auch chronische Form (*Hydrarthron*) und b) secundäre Gelenkentzündung specifischen Characters in Folge von pathologischer Erkrankung der benachbarten Theile und ebenfalls in zwei Formen a) acut und b) chronisch. Hier protestirt Verf. gegen die seit uralten Zeiten in der Wissenschaft herrschende Meinung, welche leider auch gegenwärtig von mancher Autorität widerholt wird, nämlich dass die syphilitischen Processe nur die Diaphysen befallen, während die krankhaften Veränderungen an den Epiphysen auf Rechnung scrophulöser oder hereditärer Processe geschoben werden. Schliesslich noch eine Form:

3) *Arthritis deformans gummosa*, welche sehr oft zur Anchylosis führt.

Bei Syphilis der Sehnen und Schleimbeutel unterscheidet Verf. zwei Formen: 1) entzündliche, 2) gummöse.

Die Schlüsse lauten: seit dem Auftreten der secundären Erscheinungen bis in allerspäteste Zeit der gummösen Periode hat der Syphilitiker keine Garantie gegen die Möglichkeit einer solchen Erkrankung. Es ist wohl zu merken, dass je länger die Syphilis dauert desto mehr die Processe an den Gelenken an Acuität verlieren. Characteristische Zeichen giebt es nicht. Das Leiden wird diagnosticirt per anamnesim, per exclusionem, ex juvantibus. Therapie ist klar. Ziemacki.

Kaufmann: Die physiologischen Wirkungen des amorphen Digitalins. (Rev. de médéc. 1884. № 5).

Auf Grund sehr sorgfältig ausgeführter cardiographischer Versuche an Thieren kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Digitalin erzeugt bei gesunden Thieren weder in kleinen, noch in grossen Gaben Diurese.

2) Subcutan oder in Pulverform dem Magen einverleibt verringert das Digitalin die Harnmenge und vermehrt die Menge des Harnstoffs.

3) Kleine, in flüssiger Form in den Magen eingeführte Gaben, verringern die Menge des Urins und des Harnstoffs.

4) Das Digitalin erzeugt Diurese nur in gewissen von Circulationsstörungen abhängigen hydropischen Erscheinungen.

Allgemeine Schlussfolgerungen.

1) Das Digitalin wirkt als ein energisches locales Reizmittel.

2) Seine Wirkung tritt am deutlichsten zu Tage, wenn es in die Venen, die Luftröhre oder den Magen eingeführt wird.

3) Die subcutanen und intramusculären Injectionen rufen ein Reactionsfieber hervor.

4) Kleine Gaben verlangsamen den Puls, mittlere verlangsamen ihn zuerst und beschleunigen ihn dann, grosse rufen eine Beschleunigung des Pulses hervor.

5) Die Verlangsamung des Herzschlags beruht auf *einer Reizung* der Medulla oblongata und des intracardialen moderirenden Systems, die Beschleunigung desselben aber auf einer Lähmung dieser Apparate.

6) Das Digitalin vermehrt den diastolischen und systolischen Binnendruck des Herzens und erhöht auf diese Weise die mechanische Arbeit des Herzens.

7) Es vergrössert die Energie der Herzcontractionen und die Blutwellenhöhe.

8) Während der Verlangsamung vereinigen sich zwei bis drei Herzcontractionen zu einer (s'associent).

9) Während der Beschleunigung sind die Herzschläge regelmässig.

10) Nach kleinen Gaben wird der Puls stark, nach grossen zuerst stark, dann schwach.

11) Der Puls zeigt sich oft als bi- oder trigeminus.

12) Kleine Gaben erhöhen etwas die Arterienspannung in Folge centraler und peripherer Reizung der Vasomotoren, grosse Gaben verstärken sie Anfangs, um sie später herabzusetzen.

13) Es vermindert die Geschwindigkeit der Blutströmung in den Arterien.

14) Das Digitalin setzt die Rectumtemperatur herab.

15) Es verringert die Urinmenge gesunder Thiere. Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

H. Vierordt: Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation. Fr. Fues. Tübingen 1884.

Die vorliegende Abhandlung soll nach des Verf. Absicht als Leitfaden bei physikalisch-diagnostischen Cursen dienen. An der Hand eines tüchtigen Lehrers dürfte sie diesen Zweck vollständig erfüllen, und nebenbei auch dem älteren Praktiker als Nachschlagebüchlein willkommen sein. S.

W. Dobronrawow: Bericht über eine Krankenanstalt für gynäkologische Kranke und Schwangere, während der ersten 2 Jahre ihres Bestehens. Moskau 1883.

Dem vom Verf. ausgesprochenen Wunsche, der kleinen Brochüre (sie umfasst im Ganzen 18 Seiten) eine möglichst eingehende Besprechung zu widmen, glauben wir aus dem Grunde nicht entsprechen zu müssen, als dieselbe in der That des Neuen so gut wie nichts enthält, und nur den bis zur Trivialität bekannten Grundsatz stützt, dass die ärztliche Behandlung in einem Hospital oder anderem Internat (besonders in einem kleinen) ungleich viel erfolgreicher sein kann, als in der Privatpraxis. Ebenso bieten die im

Verlauf des 2-jährigen Bestehens der Anstalt vorgenommeren Operationen nichts Bemerkenswerthes, stehen sogar theilweis im Gegensatz zu unseren eigenen Erfahrungen, so z. B. die einfache Spaltung der Port. vagin. bei Stenose des Orificium externum, ohne Umsäumung der Wundränder (fast immer tritt dann wieder Verwachsung der getrennten Muttermundslippen ein. Ref.)

Noch weniger können wir uns mit dem vom Verf. vertretenen Standpunct einverstanden erklären, wenn er als das Ideal einer Krankenanstalt eine Einrichtung empfiehlt, in der ausser den einzelnen Krankenzimmern ein gemeinschaftlicher, grosser Raum angelegt werden, der zugleich als Speise-, Empfangs-, Unterhaltungs-, — *Operationssaal* dienen soll. Ueberhaupt können wir uns von dem unbefriedigenden Gefühl nicht frei machen, dass die ganze Brochüre durchaus pro domo geschrieben ist. S.

Mencke: Kriegschirurgische Hülfe unter freiem Himmel. Eine Skizze, den Vereinen vom rothen Kreuze gewidmet. Berlin, 1884. Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin.

Nachdem Verf. eine kleine Skizze der Geschichte des antiseptischen Verbandes gegeben, weiterhin ein Bild des Wundverlaufs in der vorantiseptischen Zeit entworfen, kommt er zum Schluss zur unbedingten Nothwendigkeit der Antiseptik im Felde.

Der Schwierigkeit, Verbandmaterial herbeizuschaffen, und dem Arzte ein bequemes Operiren zu gestatten, was für den Erfolg von Wichtigkeit, sucht er durch seine Erfindung abzuhelfen. Es ist dies ein eigenthümlicher Wagen, (wovon instructive Abbildungen und Beschreibungen mitgegeben, die aber im Original nachzulesen sind), der zugleich Operationstisch und Verbandschrank für 36—40 Verwundete ist und schliesslich auch als Transportmittel für 2 Patienten verwandt werden kann.

Wie weit dieses Fahrzeug den genannten Anforderungen entspricht, muss die Erfahrung lehren, da es bis jetzt nur als ein auf der Hygiene-Ausstellung in Berlin mit der silbernen Medaille gekröntes Modell existirt. N.

Vermischtes.

— Folgende sechs St. Petersburger Hospitäler, welche bisher von dem Curatoren-Conseil verwaltet wurden, sind nunmehr der Stadtverwaltung übergeben worden: das Obuchowhospital, Alexanderhospital, Peter-Paulhospital, Marien-Magdalenenhospital, Kalinkinhospital (für syphilitische Frauen), das Irrenhaus Nikolai Tschudotworez, sowie das städtische Armen- und Siechenhaus. Mit diesen Hospitälern wurde der Stadt von dem Curatoren-Conseil ein Capital im Betrage von 561,610 Rbl. 99½ Kop., welches diesen Hospitälern gehört, übergeben. Am Tage der Uebergabe befanden sich in obigen Hospitälern 5005 Kranke, das ärztliche und übrige Personal bestand aus 120 Aerzten, 151 Apothekern und dem niederen medicinischen Personal angehörigen Personen, 163 Beamten und 1197 zur Dienerschaft gehörigen Personen.

— Dem Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Omskischen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Minkewitsch ist der *Weisse Adler-Orden*, und den Corpsärzten im Kaukasischen Militärbezirk, wirkl. Staatsräthen Dr. Nensberg und Odnossumow, der *St. Annen-Orden I. Classe* verliehen worden. Der Oberarzt des Ujasdow-Hospitals in Warschau, wirkl. Staatsrath Dr. Beljajew hat den *St. Stanislaus-Orden I. Classe* erhalten.

— Der Director des Deutschen Reichsgesundheitsamtes Geh.-Rath Dr. Struck ist auf sein Gesuch verabschiedet worden. Bezüglich seines Nachfolgers ist bisjetzt noch keine Entscheidung getroffen.

— Geh.-Rath Dr. Robert Koch in Berlin ist auf den durch den Tod. Prof. Cohnheim's erledigten Lehrstuhl der pathologischen Anatomie in Leipzig berufen worden, soll aber den Ruf abgelehnt haben.

— Der «Allg. Med. Ctrl.-Ztg.» ist aus Bonn die Mittheilung zugegangen, dass es Prof. Finkler und Dr. Prior gelungen sei, die *Cholera-nostras-Bacillen* zu züchten und damit die Gleichartigkeit oder doch mindestens die nahe Verwandtschaft des Finkler-Prior'schen und des Koch'schen *Kommabacillus* darzuthun. Finkler und Prior haben sogar aus *fauligen* Cholera-nostras-Stühlen Kommabacillen gezüchtet, während Koch das bisher nicht gelungen war. Ueber diese ihre neuesten Resultate beabsichtigen Finkler und Prior auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg zu referiren.

— Am 17. September n. St. hat in Hannover die Einweihung des Denkmals für den verstorbenen berühmten Chirurgen Stromeyer stattgefunden. Die Festrede hielt Generalarzt Dr. Berthold.

— Zu der am 5. October n. St. in Paris beginnenden *Kinderausstellung* (concours des bébés) sind nicht weniger als 3065 Kinder von etwa 5 bis 10 Jahren angemeldet worden. Unter diesen wird die Jury einige Hundert auszuwählen haben.

— Die durch den Handel mit falschen Diplomen bekannt gewordene medicinische *Universität von Philadelphia*, welche bereits eingegangen war, soll, wie der «Times» von dort gemeldet wird, wieder ins Leben getreten sein. (A. m. C.-Ztg.).

— Dr. Kobert in Strasburg sieht sich auf Grund mehrjährigen Studiums veranlasst, vor der *Behandlung des Abdominaltyphus mit Mutterkorn*, welche unlängst von Chassagne sehr gelobt wurde, zu warnen, da das Mutterkorn eine Substanz — Sphacelinsäure — enthalte, welche im Darm ganz ähnliche Veränderungen, wie der Abdominaltyphus, hervorbringt.

— Aus dem im Pariser «Journal officiel» veröffentlichten Berichte der Commission, welche von dem französischem Unterrichtsminister zur Prüfung der von Pasteur erfundenen *Impfung gegen die Hundswuth* eingesetzt war, geht hervor, dass alle von Pasteur angeführten Thatsachen sich durch angestellte Versuche vollkommen bestätigt haben. Von 42 Hunden wurden 23 geimpft und sämmtliche 42 Hunde, geimpfte und ungeimpfte, theils direct von wüthenden Hunden gebissen, theils durch Einimpfung des Virus toll gemacht. Bei den 19 ungeimpften Hunden brach die Tollwuth aus, während die 23 geimpften Hunde vollkommen gesund blieben. (A. m. C.-Ztg.).

— Nach dem von Prof. Vulpian in der Academie der Wissenschaften zu Paris abgestatteten Berichte haben sich um den von Prevot gestifteten *Preis für das beste Mittel gegen die Cholera* im Betrage von 100,000 Francs 250 Aerzte beworben, doch hat keines der von diesen Bewerbern empfohlenen Mittel den Preis verdient.

— Graser (Arch. f. experim. Pathol. V. 7. 1883) hat *manometrische Untersuchungen über den intraoculären Druck* angestellt und zieht folgende Schlüsse:

1) Nur durch manometrische Methoden können unbedeutende Schwankungen des intraoculären Druckes nachgewiesen werden.

2) Die Grösse des Binnendruckes im Auge hängt von dem Blutdrucke ab.

3) Das Muskelspiel der Iris übt einen beständigen Einfluss auf den Binnendruck im Auge aus, Pupillenerweiterung steigert, Verengerung vermindert ihn.

4) Atropin, in gewöhnlicher Gabe auf der Conjunctiva applicirt, steigert den intraoculären Druck.

5) Eserin, in ähnlicher Weise angewandt, bewirkt Anfangs eine Drucksteigerung, nach spätestens einer Stunde aber Sinken unter die Norm. (Cincinnati Lancet Febr. 2. 1884).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 2. bis 8. September 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
188	176	364	72	29	56	8	4	11	42	35	32	41	19	12	2	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 3, Scharlach 5, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 20, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 11, acute Entzündung der Athmungsorgane 49, Lungenschwindsucht 62, andere Krankheiten der Brusthöhle 4, Gastrointestinal-Krankheiten 46, andere Krankheiten der Bauchhöhle 18, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 18, Marasmus senilis 16, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 12, Selbstmord 4, Mord 0.

— Andere Ursachen 13.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	17—23 August	181 732	67	7	18,8	10,4	35,8
Kopenhagen. .	20—26 August	267 000	129	11	25,1	8,5	43,4
Berlin	24—30 August	1 225 065	770	83	32,7	10,7	35,2
Wien	24—30 August	759 849	283	5	19,4	1,7	31,10
Brüssel . . .	17—23 August	171 293	89	7	27,0	8,1	31,16
Paris	22—28 August	2 239 928	987	101	22,9	10,3	26,5
London . . .	24—20 August	4 019 361	1542	144	20,0	9,3	31,18
St. Petersburg	31 Aug.—6 Sept.	928 016	445	52	24,9	11,7	27,77

Berichtigungen. In № 36 pag. 377 Sp. 2 Z. 19 v. o. lies: Burcq statt Bourq, und Metallotherapie statt Elektrotherapie; ferner 2 Zeilen weiter: Arles statt Arle.

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. September c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 24. September c.

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den **Central-Annoncen-Expeditionen** in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von
Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Miot et **Baratoux.** Traité théorique des maladies de l'oreille et du nez. 1-re et 2-me partie. 1884. 3 Rbl.

Riant. Hygiène scolaire. 7-me éd. 1884. 1 Rbl. 75 Kop.

Sandras. Traitement et guérison du croup et de la phthisie par les inspirations antimicrobiques et médicamenteuses. 1884. 75 Kop.

Thompson. On tumours of the bladder. 1884. 3 Rbl. 90 Kop.

Wecker et **Landolt.** Traité complet d'ophthalmologie tome II. 2-me fasc. 1884. Preis des II. Bdes. 8 Rbl. 50 Kop.

Цейссль. Основы патологіи и терапіи сифилиса. 2-е изд., 1884. 1 Rbl. 50 Kop.

Debrand. Des rétrécissement du conduit vulgo-vaginal. (Voies génitales antérieures de la femme). 1884. 2 Rbl.

Farabeuf. Précis de manuel opératoire. Avec 600 figures dans le texte. 1884. 7 Rbl. 50 Kop.

Hanausek. Die Nahrungs- und Genussmittel aus dem Pflanzenreiche. 1884. 4 Rbl. 80 Kop.

Lechner. Das grosse Sterben in Deutschland in den Jahren 1348 bis 1351 und die folgenden Pestepidemien bis zum Schlusse des 14. Jahrhunderts. 1884. 2 Rbl. 15 Kop.

Lecorché. Traité théorique et pratique de la goutte. Avec 5 planches lithogr. 1884. 6 Rbl. 50 Kop.

Peuch. Précis de police sanitaire vétérinaire. 1884. 2 Rbl.

Ploss. Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropologische Studie, 3. Lief. 1884. 1 Rbl. 20 Kop.

Poincaré. Prophylaxie et géographie médicale. Avec 24 cartes. 1884. 6 Rbl.

Sée. De la phtisie bacillaire des poumons. Avec 2 planches. 1884. 5 Rbl. 50 Kop.

Ziemssen. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XIV. Bd. Hautkrankheiten II. Hälfte. 1884. 8 Rbl. 40 Kop. Preis d. I. und II. Hälfte 16 Rbl. 80 Kop.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien: 160 (1)

Die chemisch-mikroskopische

Untersuchung des Harns

auf seine wichtigsten
krankhaften Veränderungen
von Oberstabsarzt Dr. **O. Puhlmann.**
Dritte völlig umgearb. Auflage. Preis 80 Pf.

VICHY

Direction: Paris, 8, boulev. Montmartre.
GRAND-GRILLE. Gegen lymphat. Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.
HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.
CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.
HAUTERIVE. Geg. Kreuzschmerz., Blasenleiden, Steinkrankh., Podagra, Appetitlosigk. u. s. w.—Man fordere die Bezeichnung d. Quelle auf d. Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg chez

Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband,**

Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen. chirurgische Bestecke und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (25)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

Dr. Kadner's Heilanstalt für innere Krankheiten,

137 **Niederlössnitz bei Dresden.** (5)

Rationelle Behandlung. Comfortables Haus, das ganze Jahr geöffnet. Dirigent früher Assistenzarzt a. d. med. Klinik zu Leipzig. — Prospecte franco und gratis.

MATTONI'S P. 110 (2)

EISEN-MOORSALZ / -MOORLAUGE

aus dem Loosmoor bei **FRANZENSBAD**

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel, St. Petersburg,** Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig, Moskau,** Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

In der Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 ist vorräthig:

REAL-ENCYCLOPÆDIE

der

GESAMMTEN HEILKUNDE.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHES HANDWÖRTERBUCH
für
PRAKTISCHE ÆRZTE.
Herausgegeben von Prof. Dr. **A. Eulenburg.**
15 Bände, gebunden 1880—1883. 157 Rbl. 50 Kop.

Neue und antiquarische englische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von
Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Sternberg. Photo-Micrograph and how to make them. 1884. 9 Rbl.

Stimson. Treatise on fractures. 1883. (13 Rbl. 65 Kop.) 7 Rbl.

St. Thomas' Hospital Reports. New Series. Vol. VIII. 1877. (4 Rbl. 85 Kop.) 2 Rbl.

Thompson. Cremation the treatment of the body after death. 3. Ed. 1884. 65 Kop.

Thudichum. Physiological Chemistry of the Brain. 1884. 6 Rbl. 80 Kop.

Transactions of the Bristol Medico-chirurgical Society. Vol. I. 1874—1878. 3 Rbl. 25 K.

Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XV. 1882. (5 Rbl. 50 Kop.) 2 Rbl.

Transactions of the Pathological Society of London. Vol. XXXIII. 1882. (14 Rbl. 30 Kop.) 7 Rbl.

Tuke. Influence of the Mind upon the Body. Vol. I—II. 1884. 9 Rbl. 75 Kop.

Watts. Inorganic Chemistry. Vol. I. 1883. 5 Rbl. 85 Kop.

Legg. The Bradshawe Lecture on Cardiac Aneurysms. 1884. 2 Rbl. 60 Kop.

Yeo. Manual of Physiology. 1884. 9 Rbl. 10 Kop.

Evans. History of the american ambulance. 1873. (21 Rbl.) 7 Rbl.

Ashurst. The international encyclopaedia of Surgery. Vol. I. 1882. 20 Rbl. 45 Kop.

Wharton and **Stille's** Medical Jurisprudence. Vol. I. Mental unsoundness and psychological law. (5 edition.) 1882. Vol. II. part. I. Parturition, sex, poisons etc. (3 edition.) 1873. Vol. III. part. II, Wounds, malpractice, homicide etc. (3 edition.) 1873. 54 Rbl. 60 Kop.

Delafield. Studies in pathological anatomy. Vol. I., treating of the following subjects: Phthisis, peritonitis, pleurisy, pneumonia, empyema, hydrothorax, bronchitis and tuberculosis. Illustrated with 93 fullpages and double-page plates made by the following processes: Autographie, photo-lithographie, heliotypie and artotype of original drawings; wood engravings of original drawings on the block, etchings on copper, lithographs from original drawings on the stone, and photographs of specimens. New York 1882. 54 Rbl. 60 Kop.

Morphiumsucht.

Modificirt langsame Entziehung in **Dr. Erlenmeyer's Heilanstalt** für **Nervenkranke** in Bendorf a. Rh. 28 (5)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 14 Сентября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bitte man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 38. St. Petersburg, 22. September (4. October) 1884.

Ueber acute Osteomyelitis speciell der flachen Knochen.

(Vortrag gehalten in der ärztlichen Gesellschaft zu Riga.)

Von

Dr. A. Bergmann.

Ordinator am städt. allgem. Krankenhause.

(Schluss.)

I. Hüftbein.

1) Anamnese: Droin Thèse de Paris. De l'ostéoperiostite. 33j. Pat., v. 4. Juni bis zum Juli verschiedene Beschwerden. Diagn.: fièvre typhoide. 1. Juli Schüttelfrost. — Status: 2. Juli rec. mit Schwellung und Fluctuation auf der r. Clavikel, Crepitation in der Artic. sterno-clavicularis. — Verlauf: 3. Juli. In der Hüfte treten Schmerzen auf. 6. Juli Abscess am Sacrum. 10. Juli exit. letalis. — Autopsie: Periostablösung der r. Clavikel. Vereiterung des r. Coxo-Femoralgelenks. Eiteransammlung über der Leistenbeuge. Der Eiter steht in Verbindung mit einer Fistel, die auf die Symphyse dringt. Das Periost der Fossa iliaca interna ist intact.

2) Anamnese: Hédain. Thèse de Strasbourg 1858 de la périostite. 28j. Pat. Am 29. Juni 1852 treten in Folge von Erkältung Schmerzen im r. Trochanter auf, welche nach kurzer Zeit schwinden. 19. Oct. die Schmerzen treten mit erneuter Heftigkeit auf. — Status: 27. Oct. rec. kein Fieber. Schmerzen an der Austrittsstelle des N. ischiadicus d., sie ziehen sich an der Aussen- und Hinterseite des Ober- und Unterschenkels bis zum Fuss herab. — Verlauf: 9. Nov. Es sind Durchfälle aufgetreten. Haut trocken, grosse Unruhe, P. 120. 17. Nov. Beträchtliche Schwellung des oberen Theils des Femur, Fluctuation. 19. Nov. Incision hinter und unter dem Trochanter. Es entleert sich viel Eiter mit Blut vermischt. Der Knochen ist rauh. 26. Nov. Unter zunehmender Schwäche exit. letalis. — Autopsie: Das Os ilei ist beträchtlich verdickt, fast völlig des Periostes beraubt. Die äussere Tafel ist abgehoben, die innere verdünnt und erweicht. Die Artic. sacro-iliaca, die Lumbal- und Sacralwirbel sind erkrankt. Das Lig. teres in eine pulpöse Masse verwandelt. Der Rand der Incisura ischiadica cariös, zeigt einzelne leicht ablösbare Nekrosen. Das den N. ischiad. in der Incisur umgebende Gewebe ist ziemlich verfärbt, zeigt gangränösen Zerfall.

3) Anamnese: Tüngel. Klin. Mittheil. aus d. allg. Krankenhause zu Hamburg 1863. «Einige perniciöse Fälle von Periostitis». Fall VI. 19j. Pat. seit 1. Sept. 1855 Schmerzen in d. r. Hüfte und im r. Femur. — Status: Rec. 4. Sept. Crista des r. Darmbeins und innere Oberfläche des Femur bis zum Knie besonders empfindlich. — Verlauf: Unter Delirien, Durchfällen, zunehmendem Kräfteverfall erfolgt am 9. Sept. exit. letal. — Autopsie: Lungen blutreich, an ihrem unteren Rande erbsen- bis haselnussgrosse Abscesse. Milz gross, weich. Am oberen Theil des Darmbeins an der inneren Fläche zwischen Spina anterior und posterior ein handgrosser Abscess mit röthlich jauchigem Eiter. Der Knochen entblösst und rauh, «sonst ohne Veränderung».

4) Anamnese: Tüngel a. a. O. Fall II. 18j. Pat. vor einigen Tagen mit Schmerzen in der linken Schulter und Hüfte, Fieber und Schüttelfrösten erkrankt. — Status: Rec. 17. April T. 40,0. P. 112. Pat. kann den linken Arm nicht heben (cf. Fall № 14) das linke, Bein wird frei bewegt. Die Hüfte ist bei Druck nicht schmerzhaft. — Verlauf: Die T. steigt über 40,0. 19. April: «Um die Hüfte ist die örtliche Veränderung nicht recht deutlich». 20. April exit. letal. — Autopsie: Ecchymosen am Herzen, Infarcte in den Lungen und Nieren, weiche Milz. Am oberen vorderen Theil des linken Darmbeins-Periostablösung. Der Knochen ist in grösserer Ausdehnung entblösst. Eiterdurchbruch in die Gegend des Troch. minor.

5) Anamnese: Frank. Diss. inaug. Giessen 1861. Ueber entzündl. Epiphysenlösung Fall II. Pat. 16 a. n. — Status: Rec. 19 Jan. Ein nekrot. Stück des Humerus hat die Haut perforirt. $^1/_3$ des Humerus und der Gelenkkopf sind entfernt. — Verlauf: 14 Tage hindurch geringes Fieber, besseres Verhalten, dann treten in kurzen Zwischenräumen unter nicht sehr heftigen Schmerzen Entzündungen am unteren Ende beider Oberschenkel, der r. Tibia und an einem Tub. ischii auf. 7. Febr. exit. letal. an Pyämie. — Autopsie: Ablösung des Knorpels vom Tuber, theilweise Zerstörung jenes wie des Knochens, in der Ausdehnung eines Zolles. Der Substanzverlust ist gering, wird vom Knorpel brückenförmig überzogen.

6) Anamnese: Valleix. Bulletin de la société anat. 1834 p. 188. Weibl. kräftiges, ausgetragenes Kind geb. 5. Sept. — Status: 14. Sept. Rec. wegen einiger kleiner eitriger Pusteln auf der Brust und am Halse. — Verlauf: 15. Sept. Der linke Arm kann nicht bewegt werden 20. Sept. Diarrhöen. 26. Sept. Am r. Vorderarm Schwellung und Fluctuation. 27. Sept. Schwellung und Fluctuation am linken Scapulo-Humoralgelenk. 28. Sept. exit. letalis. — Autopsie: Am oberen und linken Rande des Os sacrum (Vorderfl.) Periostablösung. Lösung der l. Epiphyse, Vereiterung des linken Lumbosacralgelenks, dessen fibro-cartilago zerstört. L. Sacroiliacalgelenk vereitert, der Knorpel zerstört. Communication beider Gelenke mit dem Abscess am vorderen Rande. Der hintere Ast des Sitzbeines ist in seiner Verbindung abgelöst. Der vordere Ast lässt sich durch leichten Zug aus seiner Verbindung lösen. Hier kein Abscess.

7) Anamnese: Demme. Wiener med. Halle 1864 p. 217. 18j. Pat. am 8. Sept. 1862 Stoss gegen das linke Caput tibiae. Nach ½ Stunde Schmerzen so heftig, dass Pat. bettlägerig wird. Abends Frösteln, Fieber. 9. Sept. Oedem, Schwellung über der Tibia. Heftiges Fieber. 10. Sept. Diarrhoe, Sensor. benommen. — Status: 11. Sept. rec. Pat. collabirt, P. 140. Starke Schwellung der l. Kniegelenkgegend und des unteren Femurrandes. Die Haut gespannt, ödematös. Das Gelenk gefüllt, Patella abgehoben. Fluctuation auf dem Schienbeinkopf. — Verlauf: 12. Sept. Punction — übelriechender, fetthaltiger Eiter, das Cap. tibiae rauh. 13. Sept. r. Knie aufgetrieben. 14. Sept. Anschwellung des r. Sternoclavicular-Gelenks. 14.—20. Sept. Typhöse Erscheinungen, Delirien, Collapssymptome. 20. Sept. Eröffnung des Abscesses auf d. linken Tibia durch caut. actuale, weite Periostablösung, Epiphysentrennung. 21. Sept. Wesentliche Besserung. Ab. wieder Delirien. 21.—24. Sept. Rechts entwickelt sich Anschwellung des Ellbogen- und der Metatarso-

phalangealgelenk. 28. Sept. exit. letal. — Autopsie: Die Symph. oss. pub. von einem Jaucheherd umspült. Die linke Knorpelscheibe völlig abgelöst. Die Synchondr. sacro-iliac. sind ebenfalls gelockert, von Jauche umspült, eine völlige Trennung hat nicht stattgefunden. Die Durchschnitte d. Beckenknochen lassen eine Hyperämie erkennen. Die Hüftgelenke, bes. das linke, enthalten dünnen Eiter. R. Schulter und Ellbogengelenk enthalten Eiter, die Epiphysen daselbst gelöst. Linkes Bein mit Eiter gefüllt, Tibia u. Periost entblösst, r. Sternoclaviculargelenk vereitert, Epiphyse der Clavic. getrennt.

8) Anamnese: Degenhardt. Diss. inaug. Göttingen 1875. Beobachtungen über Osteomyelitis spont. diffus. 14j. Pat. am 4. Febr. mit Schmerzen in der l. Ferse erkrankt. — Status: 8. Febr. rec. Schwellung und Röthung d. Haut über der l. Tibia und an r. Ferse. Das Fussgelenk nur in geringer Weise ödematös. — Verlauf: 12. Febr. Ueber der Tibia ein Abscess, Incision. 14. März L. O. Pneumonie. 16. Febr. Schmerzen am unteren Ende der. r. Tibia, jauchige Eiterung an der linken. 19. Febr. Schmerzen in d. r. Hüfte, die besonders beim Aufrichten auftreten. 20. Febr. Schüttelfrost. 28. Febr. exit. letal. — Autopsie: Schambeinsynchondrose gelöst, beiderseits die Rami descend. ost. pubis von Eiter umspült. Die ganze hintere Fläche des r. Scham- und Sitzbeins entblösst und nekrotisch. Links an d. entsprechenden Stelle Periostablösung. Vor und hinter der Synchondrose communicirende Abscesse. Aussen und oben von d. r. Fossa acetabuli rauher Knochen, im Uebrigen ist der Knorpelüberzug intact. Die Epiphysen der in der Pfanne zusammentretenden Knochen in Lösung und Vereiterung begriffen. Femurkopf gesund. Lig. teres eitrig infiltrirt.

9) Anamnese: Schede. Zur Kenntn. d. prim. infect. Knochenmark- und Knochenhautentzündung. Mitth. aus der chir. Abtheilung z. Friedrichshain. VII. 15j. Pat. erkrankt am 13. April 1877 mit Schüttelfrost, Schmerzen in d. r. Hüfte. 14. April Schwellung. — Status: 17. April rec. Umgebung des r. Hüftgelenks u. d. Glutäalgegend stark geschwellt, Fluctuation in d. Schenkelbeuge zwischen Troch. major und Spin. ant. sup. und in d. Glutäalgegend, ebenso in d. Fossa iliac. intern. Active Beweglichkeit nicht, passive möglich. — Verlauf: 19. April Incision in d. Glutäalgegend, Contraincision unter dem Lig. Poupart. 25. April Schmerzen in r. Schulter. Pneumonie. 7 Mai. fieberfrei. 25. Juni 3 Sequester aus d. Gegend des hinteren Pfannenrandes extrahirt. 1.—23. Aug. Diarrhöen. 12. Sept. Resect. coxae d. wegen Zerstörung des Gelenks. Im Feb. geht Pat. ohne Stützapparat. — Autopsie: 19. April handgrosse Periostablösung d. Foss. iliac. extern., der vordere Rand des Darmbeins unterhalb d. Spin. ant. sup. und d. absteigende Sitzbeinast von Periost entblösst, an der Innenfläche des Darmbeins ist die Periostablösung grösser. 25. Mai durch die Sonde wird eine thalergrosse blossliegende Partie d. Foss. iliac. intern. und eine kleine nekrot. Partie am Ram. desc. oss. ischii constatirt.

10) Anamnese: Schede. a. a. O. 14j. Pat. am 4. Mai auf die r. Hüfte gefallen. Am 5. Mai starkes Fieber. Pat. wird bettlägerig. — Status: 12. Mai rec. Lebhafteste Schmerzen bei Druck auf die Darmbeinschaufel. Deutl. Fluctuation in d. Foss. iliaca intern. Flachkugelig vorgewölbte thalergrosse Anschwellung auf der äusseren Partie des Darmbeins ohne Fluctuation, T. 39,7. — Verlauf: Unter Eisblase u. Natr. salicyl. gehen Fluctuation u. Fieber zurück. 16. Mai Vergrösserung d. Milz. 21. Mai Fluctuation auf d. Innenseite wieder deutlich. Pericarditische Reibegeräusche. 22. Mai Incision parallel dem Lig. Poupart. Incision durch die Glutäen. Periostablösung auf der Aussen- und Innenseite des Os ilei u. am horizontalen Schambeinast. 2. Juni Incision auf dem Tub. ischii. 6. Juli Decubitus am Kreuzbein. 16. Juni permanentes Wasserbad wegen des Decubitus. 3. Juli exit. letal. — Autopsie: Weite Periostablösung an d. Innen- und Aussenseite des Os ilei, aufsteigender Sitzbein- und absteigender Schambeinast von Periost entblösst. Die Oberfläche des Os ilei bes. zur Crista hin rauh, wie zerfressen, namentlich an d. Innenseite. Die hintere Wand d. Pfanne ist siebförmig durchlöchert. Hüftgelenk vereitert, communicirt mit dem Beckenabscess. Continuitätstrennung zwischen Os ilei u. pubis. Symphysis sacro-iliaca vereitert, der dem Darmbein angehörige Knorpel zum Theil zerstört.

11) Anamnese: Kasper Brennig [1]), beobachtet im Juliusspital zu Würzburg. 18 a. n. Metzger, am 9. Sept. 1881 erkrankt mit abendlichem Frost. 10 Sept. Abends heftige Schmerzen im r. Hüftgelenk u. linken Fussgelenk. 11. Sept. mit der Diagnose Rheum. artic. acut. in die innere Klinik gebracht. Das Fussgelenk frei, Druck auf die Gelenklinie nicht schmerzhaft; die Tibia und Fibula ausserordentlich druckempfindlich. Transfer. in d. chir. Abtheilung. — Status: 17. Sept. rec. Am Mittelfinger der r. Hand eine oberflächlich eiternde Wunde, welche aus einer Excoriation entstanden sein soll. Active und passive Bewegungen des Oberschenkels frei. Am r. Hüftgelenk nichts Abnormes zu sehen. Druck auf die Malleolen des linken Fusses äusserst schmerzhaft, ebenso auf den unteren Theil des Unterschenkels, der geschwollen, leicht ödematös ist. T. 39,9. Volkmann'sche Schiene, Eisbeutel, 3 Mal tgl. Chinin sulf. 0,5. — Verlauf: 22. Sept. T. bisher Morg. um 39,0, Abends 40,0. Fluctuation auf der Vorderseite der Tibia. Periostablösung, rahmiger Eiter, viel Fettropfen. Knochen glatt, an den unteren Partien leichte Rauhigkeiten. Starke Drains, Listerverband. Ab. 39,4. 25. Sept. M. 37,4, Ab. 38,8. 5 Oct. T. Morg. selten unter 38,0, Ab. zwischen 39,1 und 40,0. Linkes Knie geschwollen, deutlich fluctuirend. Punction. Eitriger Inhalt. Carbolausspülung. Lister. 11. Oct. Am r. Oberarm wallnussgrosser Abscess, Incision, reichl. Eiter. 14. Oct. Heftige Schmerzen im r. Hüftgelenk, keine Veränderungen an demselben nachweisbar, Extensionsverband. 20. Oct. T. Abends stets über 39,0°. Unterhalb des r. Trochanter Schwellung, Fluctuation, Incision, rahmiger Eiter, kein rauher Knochen. Drainage. Die Schmerzen im Hüftgelenk lassen nicht völlig nach. Der Extensionsverband macht an der Ferse starken Decubitus, wird Anfang Nov. fortgelassen. 11. Nov. Schmerzen in der Unterbauchgegend, oberhalb der Symph. oss. pub. 19. Nov. nach innen von dem Ansatz der Abductoren auf der Höhe des absteigenden Schambeinastes Fluctuation. Bei der Untersuchung (Narkose) tritt plötzlich in der Mittellinie des Bauches eine 5 Mark grosse, fluctuirende rundliche Vorwölbung auf, etwa 5 Ctm. über der Symphyse (die Harnblase ist leer). Die Punction ergiebt rahmigen Eiter. Incision. Kolossale Höhle, welche sich hinter den horizontalen Schambeinästen tief zwischen vorderer Blasenwand und Becken hinab ererstreckt. Kein rauher Knochen, Drainage. 2. Incision an d. vorderen inneren Seite des Oberschenkels, der M. pectinäus durchtrennt, grosse Abscesshöhle, die sich bis zum Tub. ischii erstreckt. 18. Dec. Die T. hat sich bisher Abends um 38,0 bewegt, stärkere Schmerzen im Hüftgelenk. 20. Dec. die r. Hüftgelenksgegend ist verbreitert, an der Vorderfläche derselben Fluctuation. Resectionsschnitt an der äusseren Seite. Gelenkfläche des Femurkopfes fast in ganzer Ausdehnung cariös. An der hinteren inneren Fläche des Collum femoris zwischen osteophytischen Neubildungen ein Sequester von Fingernagelgrösse, nur aus der äusseren Schicht der Corticalis bestehend. Die ganze Spongiosa eburnisirt, kein osteomyelitischer Herd. Acetabulum cariös, ringsum Osteophytenbildung. Os ilei in grösserer Ausdehnung erweicht. Abschaben dieser Partien. Ausspülen mit äther. Jodoformlösung. Drain. Lister. 27. Dec. Decubitus auf d. l. Spina ant. sup. T. 39,6. 19. Jan. 1882. T. 38,6. An d. Aussenseite d. Spin. ant. sup. Eiterretention, enge Fistel, Spaltung, Drain. 30. Jan. An der Innenseite der r. Spin. ant. sup. Fistelgang, der in einen das Os ilei an dieser Stelle umgebenden Abscess führt, Drain. Sichtlicher Kräfteverfall. 4. Febr. Resection einer 5 Markstückgrossen Partie unterhalb der Spin. ost. ilei sup., um besseren Abfluss herbeizuführen. 12. Febr. Der Marasmus nimmt zu. Decubitus an verschiedenen Stellen im Zunehmen. Erguss im r. Knie, an d. r. Tibia Fluctuation. Incision unterbleibt wegen des Marasmus des Pat. Mit dem 14. Febr. collabirt Pat. rapid. T. sinkt tägl. um ½°. 21. Febr. M. T. 31,0°, Mittags 1 Uhr exit. letal. — Autopsie: Die r. Darmbeinschaufel liegt frei zu Tage, dicht unterhalb der Spin. ant. sup. ein Defect. Hüftbein und Oberschenkel durch festes Narbegewebe mit einander verbunden, in welchem einzelne Knochenstückchen liegen. Das Acetabulum mit Ausnahme einer rauhen kleinen Stelle mit dicken Narbenschwielen überkleidet. Ein Fistelgang beginnt hinter dem Psoas 2 Ctm. vom hinteren Abschnitt d. r. Crista ost. ilei entfernt, steigt aussen von r. a. iliaca abwärts, an d. Innenfläche des M. obturator intern. bis an die Hinterfläche der Blase, wo er in eine grössere Abscesshöhle mündet. An der Vorderfläche der Blase hinter der Symphyse befindet sich eine andere für 2 Finger durchgängige Höhle. Vom unteren Rande des Schambeins ab communiciren beide Höhlen breit mit einander. Die Lig. spinosa u. tuberoso-sacra liegen frei, doch ist der Knochen hier nirgends rauh. Die Innenfläche der Symphyse, die mediale Hälfte des horizontalen Schambeinastes sind vom Periost entblösst, rauh. Der Knorpel der Symphyse zum Theil vom Knochen abgelöst. Das Hüftbein zeigt eine beträchtliche Verdickung, welche den horizontalen Schambeinast begreifend (am Tub. pubis fast 4 Ctm. Dicke) ihre grösste Mächtigkeit 5 Ctm. oberhalb der Pfanne erreicht. Der Ram. descend. ischii misst von der Spin. ischii bis zur Pfanne 5½ Ctm., Durchmesser 3 Ctm., Durchmesser des Tub. ischii 2 Ctm. Der aufsteigende Ast des Sitzbeins und der absteigende des Schambeins zeigen normale Verhältnisse. Die Hüftbeinplatte bis 2,5 Ctm. dick. Die Pfanne misst von vorn nach hinten 7 Ctm., sie ist 6 Ctm. hoch. Der Dickendurchmesser des Hüftbeins ist hier 2 Ctm. und beträgt an einer Partie 1 Ctm. Um die Pfanne herum Osteoporose, sehr weite Maschen des Knochengewebes. Dieselbe Beschaffenheit zeigt das mediale Ende des horizontalen Schambeinastes, während die mikr. Untersuchung sonst durchweg reparative Vorgänge, starke Anbildung von Knochensubstanz constatirt. — Linker Unterschenkel. Zahlreiche Fisteln. Das Periost liegt blos, an der Innenfläche des unteren Drittels liegt ein Sequester zu Tage, der 7 Ctm. lang und allseitig demarkirt ist. Die Sequesterhöhle erstreckt sich bis in die Spongiosa des Diaphysenendes hinein, sie communicirt mit der Markhöhle frei. Das spongiöse Diaphysenende zeigt mehrfache centrale Sequesterhöhlen mit kleinen allseitig gelösten Sequestern. Eine solche Höhle durchsetzt den Epiphysenknorpel. Das Fussgelenk völlig intact. Rechter Humerus in seiner Mitte aufgetrieben (9 Ctm. Circumferenz) entsprechend einer soliden Weichtheilsnarbe. Die Auftreibung ist bedingt durch eine corticale Sequesterhöhle mit einem gelösten dünnen ca. 4 Ctm. langen Sequester darin. Diese Höhle communicirt durch einen dünnen Fistelgang mit der centralen Markhöhle, welche an der Einmündungsstelle von einem Abscess ausgefüllt ist, oberhalb desselben ist rothes gallertiges Mark. Kleines schlaffes Herz. Verdickung des Endocards des linken Vorhofs und Mitralis. Herzfleisch braun. Leber, Milz u. Nieren amyloid entartet.

Schede a. a. O. erwähnt, dass laut mündlicher Mittheilung.

[1]) Die Erlaubniss zur Veröffentlichung dieses Falles danke ich Herrn Prof. v. Bergmann.

Volkmann, Kocher, Hagedorn, je einen rasch zum Ende führenden Fall von acuter Osteomyelitis des Darmbeins gesehen haben, bei der acute Vereiterung des Hüftgelenks und der Synchondrosis iliaca erfolgte.

In den Bulletins de la société de chirurgie et l'anatomie finden sich noch 3 Fälle offenbar von der in Rede stehenden Affection des Os ilei, jedoch mit höchst unzureichenden Krankheitsgeschichten.

Scapula.

12. (1). Anamnese: Gamet. Thèse de Paris 1862. de l'ostéo-périostite juxta épiphysaire. Knabe von 9 Jahren vor 3 Tagen mit gastrischen und nervösen Störungen erkrankt. — Status: 31. Jan. 1862. rec. mit hohem Fieber, Stuhlverstopfung und aufgetriebenem Leib. — Verlauf: 3. Febr. Rapid entstandene Schwellung des r. Unterschenkels. 4. Februar Fluctuation, Incision (150 Grm. Eiter entleert). 7. Febr. Schwellung links vor der artic. tempor. maxill. Schwellung und Röthung des linken Ellbogens. 8. Febr. die Schwellung hat zugenommen. Abscess etwas oberhalb des unteren Winkels der linken Scapula. Incision 9. Febr. Abscess der Reg. deltoidea dextr. 12. Febr. daselbst Incision, viel Eiter entleert. 14. Febr. exit. letal. — Autopsie: Periost und Muskelansätze am r. Humerus abgelöst. Die Scapula wird nicht untersucht.

13. (2). Anamnese: Tüngel. a. a. O. Fall III. 17j. schwächlicher Pat. Am 8. April 1860 Schmerzen in der linken Scapula, allgem. Gliederschmerzen. — Status: 12. April rec. Schwellung der l. Regio supraspinata. Druckempfindlichkeit, keine Fluctuation. — Verlauf: 13. April Delirien, Abends P. 150. 14. April exit. letal. — Autopsie: Periostablösung an der äusseren wie inneren Fläche der Scapula, jedoch nicht in ganzer Ausdehnung, sondern mehr in der Gegend der Spina. Lungen-Infarcte. Milz vergrössert, mürbe. Im Herzbeutel eitriges Exsudat.

14. (3). Anamnese: Tüngel. a. a. O. 18j. Pat. cf. Krkg. № 4. — Status: 17. April rec. l. Acromion bei Druck schmerzhaft, keine Schwellung. Pat. kann den Arm mit Mühe heben. T. 40,0°, P. 112. — Verlauf: 19. April teigige Schwellung auf dem Acromion. 21. April Abends exit. let. — Autopsie: Am linken Acromion «ein nicht umfänglicher» Eiterherd, eine kleine Stelle des Knochens ist vom Periost entblösst.

15. (4). Anamnese: Louvet. Thèse de Paris 1868. De périost. phlegmon. 14j. Knabe vor 2 Tagen mit Fieber erkrankt. — Status: 6. Jan. rec. Schwellung vorn rechts von der Trachea bis zum Acromion. Teigige Schwellung der Fossa supra u. infraspinata. — Verlauf: 6. Jan. Incision ergiebt Eiter und blutige Flüssigkeit. 8. Jan. exit. letal. — Autopsie: Ablösung des Periosts von der Clavicula. Die Scapula ist nicht untersucht worden.

16. (5). Marjolin. Gaz. des hôpit. 1868 № 17. 13j. Mädchen, Schmerzen in der r. Seite des Nackens und in verschiedenen Gelenken. Hohes Fieber. — Status: Rec. 5. Jan. Schwellung und Fluctuation auf mehreren Stellen der r. Scapulo-Humeralgegend, Fluctuation auf der Fossa infraspinata. — Verlauf: 5. Jan. Einschnitt auf die Fossa infraspinata, dann supraspinata, viel Eiter entleert, der Knochen blos gefunden. Die Schwellung des Schultergelenks nimmt zu. Incision an der vorderen Seite des Schultergelenks, viel Eiter entleert. 18. Jan. exit. let. — Autopsie: Fast das ganze Periost der Scapula abgelöst. Die untere cartilaginöse Partie abgelöst. R. Schultergelenk voll Eiter. Die Epiphyse des Humerus entzündet. —

17. (6). Anamnese: Fournet. Gaz. des hôpit. 1874 p. 116. Périostite. 20j. Arbeiter erkrankt nachdem er eine schwere Last gezogen mit Frösteln und Schmerzen auf dem r. Schulterblatt. — Status: Rec. am 9. Tage der Erkrankung. T. 40,7. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des r. Schulterblattes besonders d. Fossa infraspinata. — Verlauf: Am 10. Tage Fluctuation in der Fossa infraspinata, Incision, blutige Jauche entleert. 2 Tage darauf exit. let. — Autopsie: Ablösung des verdickten Periost. Eiter zwischen den Muskeln und der Scapula, sowie zwischen dem r. Triceps und dem Humerus. Schultergelenk frei.

18. (7). Richet. Gaz. médic. de Paris 1879 № 23, 24, 28. 15j. kräftiger Knabe, vor einigen Tagen ohne Schüttelfrost erkrankt. Am 11. Mai Incision auf der r. Tibia gemacht worden, viel Eiter entleert. — Status: 12. Mai rec. Fluctuation über d. r. Tibia, Incision, das Periost ist abgelöst. Oedem der Fossa infraspinata und am unteren Winkel der linken Scapula. Die ganze Scapula erscheint abgehoben (Scapula alata). — Verlauf: 13. Mai Linksseitige Pleuritis. 16. Mai Fluctuation am Rande d. Scapula, Incision. Nach Durchschneidung des M. latissim. dorsi wird ein kleiner Abscess geöffnet; durch Einschnitt auf den abgehobenen M. subscapularis werden grosse Mengen Eiter entleert. 16. Mai Erysipel am Oberschenkel. 17.—24. Mai tgl. Schüttelfröste. Am Rücken ein Abscess gespalten. 25. Mai exit. letalis an Pyämie. — Autopsie: Das Periost der Scapula in der ganzen Ausdehnung der Fossa subscapularis abgehoben, verdickt, zeigt an der Innenfläche periostale Auflagerungen. 2 kleine distinct. Periostabhebungen in der Fossa infraspinata. Ablösung der Epiphyse des unteren Winkels und des Spinalrandes. Der Knochen zeigt an der Stelle, wo das Periost abgehoben, ein roth getüpfeltes Aussehen. Tibia, das Mark ist völlig vereitert, der Durchmesser der Haversi'schen Canäle erscheint vergrössert, die Epiphysen, sowie die angrenzenden Gelenke sind intact. Vereiterung der 3. Costo-Vertebralverbindung. ²/₃ der linken Pleurahöhle mit Eiter gefüllt, an 30 Abscesse um die grossen und mittleren Bronchien beider Lungen.

19. (8). Anamnese: Hahn. Sitzungsber. d. Berl. militärärztl. Gesellschaft v. 17. April 1878. Ref. in d. Wien. med. Presse XIX. p. 1132. — Status und Verlauf: Osteomyelitis der r. Scapula, dauert vom 1.—16. April, endet letal.

20. (9). Anamnese: Mikulicz. L. A. Bd. 24. Mädchen im Juli 1877 wegen fungöser Gonitis resecirt. Dec. 1877 mit Stützapparat entlassen. 10. März 1878 unter Fiebererscheinungen und ernsten Störungen des Allgemeinbefindens Schmerzen in dem r. Schultergelenk. Pat. war 1 Woche bettlägerig. — Status: 18. März in höchst elendem Zustande rec. T. 38,5. Abscess über der r. Fossa supraspinata. — Verlauf: 20. März Incision, die Scapula ist völlig entblösst. Resection, es bleibt nur die Spitze des Proc. coracoideus zurück. Auskratzen der Wundhöhle mit scharfem Löffel. Nach einer Woche periostaler Abscess an d. Tibia, Incision am 10. Mai und Drainage. 17. Juni daselbst cariöser Knochen entfernt, Anfang August entlassen. — Autopsie: Das abgehobene Periost adhärirt nur an den Rändern, besonders am unteren Winkel, am Acromion u. Proc. coracoideus. (Es ist an d. Spina somit abgelöst).

21. (10). Anamnese: Lovergne. Progrès médic. Contribution à l'étude de l'ostéomyelite aigue. Obs. XIII 1882 p. 559. 13½jähriger Knabe 5. Nov. erkrankt mit Frost, Schwellung des l. Fussgelenks und des Unterschenkels. 8. Nov. 3 Incisionen, von denen 2 d. Knochen blos legen. — Status: Rec. 9. Nov. Osteom. d. l. Tibia, Pat. klagt über Schmerzen in d. r. Schulter, die Untersuchung ergiebt Nichts T. 38,2. — Verlauf: 10. Nov. Trepanation d. Tibia, Ab. 39,6. 11. Nov. Unruhe d. Pat., beschleunigte, erschwerte Respiration. Ueber dem r. Schulterblatt ist die Haut diffus geröthet, das Schulterblatt ist bei Druck schmerzhaft, T. 39,2. 12. Nov. Ab. exit. let. — Autopsie: Exquisite Osteomyelitis der l. Tibia. R. Scapula, unterhalb der Cavit. glenoid. am Axillarrande eine kleine circumscripte Periostablösung, eine ebensolche befindet sich unterhalb d. Spina, von beiden Abscessen aus dringen feine Fisteln in den Knochen. Linsengrosse metastatische Abscesse in den Lungen.

Sternum.

22. (1). Anamnese: Tüngel. a. a. O. cf. Krkg. № 4 und 14. Status und Verlauf: Die Erkrankung des Sternum hatte keine Symptome dargeboten. — Autopsie: Am unteren Ende des Sternum ein kleiner Abscess, welcher mit dem entblössten Knochen zusammenhängt.

23. (2). Salomon. D. med. Wochens. 1880 VI. p. 692. Fall von Osteomyelitis etc. 21j. Mann nach starkem Rudern mit Hals und Kopfschmerzen erkrankt, T. 41,6, P. 20, heftiger Schweiss. 4. Krankh. Morg. 40,5, Ab. 41,5, tgl. Chinin 2,0. — Status: 6. Tag. 2 neue Fieberanfälle, Schmerzen im r. Sternoclaviculargelenk, welches geschwollen, bei Druck schmerzhaft ist, undeutliche Fluctuation. Die Haut ist nicht geröthet. — Verlauf: 7. Tag. 40,0, P. 120. Schmerzen in den Schultergelenken, Druck und Bewegungsversuche sehr empfindlich, Schwellung daselbst nicht erheblich. Geringe Milzschwellung. 8. Tag, die bisher intermittirenden Fiebererscheinungen nehmen einen remittirenden Character an. Heftiger Husten mit blutig zähen Sputis. 10. Tag 41,5, Resp. 40—60, Sputa schmutzig braunroth, R.-H.-U. Infiltration der Lungen nachweisbar. 11. Tag exit, let. — Autopsie: Eitrige Infiltration der Diploë vom Manubrium bis zur Mitte, sowie des im vorderen Cav. mediast. gelegenen Bindegewebes. Reichlicher Eiter im Sternoclaviculargelenk und starke Arrosion des Gelenkflächenknorpels am Sternum. Lobäre Pneumonie, keilförmige Infarcte d. r. Lunge. Linkseitig Pleuritis. Abscesse der l. Lunge. Nicht unerhebliche Milzvergrösserung.

Schädel.

24. (1). Anamnese: Droin. De l'ostéopérost. observ. IV Thèse de Paris 1828. 8 Tage vor der Aufnahme Schmerzen in der linken Schläfe, vor 2 Tagen daselbst Schwellung. — Status: Rec. am 13. ödematöse Schwellung der Reg. temp. sinistr. bis zur Reg. frontalis und nach hinten bis zum Ohr sich erstreckend. Tiefe Fluctuation. Das Ohr hervorgetreten. Chemosis. — Verlauf: 13. Incision, Cataplasma. 16. Prostration. Abscess auf dem Stirnbein, oberhalb der linken Braune Incision, das Periost erweist sich abgelöst bis zum Margo supraorbit. 29. Neue Eiteransammlung in d. Medianlinie d. Stirn, Incision, exit. letal. — Autopsie: Linker Theil des Stirnbeins wie angenagt, in der Mitte Perforation (4 Ctm.), der Knochen in der Umgebung verdünnt. Der Arc. supraorbit. cariös. In der Umgebung der Perforationsöffnung ein Sequester. In der Mitte des Stirnbeins beginnende Nekrose.

25. (2). Chassaignac. Traité de la supporation Observ. 155. 14j. Junge, nach einigen Fieberanfällen 1. Nov. Schwellung rechts am knöchernen Nasengewölbe. — Status: 10. Nov. heftige Convulsionen, Coma. Die Weichtheile der Nase, das r. obere Augenlid, die Stirn geschwollen, geröthet. Die Lider können nicht geöffnet werden. Grosse Empfindlichkeit. Aus d. rechten Nasenöffnung fliesst Eiter. — Verlauf: Aderlass aus dem Arm 20℥. Blutegel an die Schläfen. Abends aus der A. temporalis 20℥ Blut abgelassen. 11. Nov. exit. letal. — Autopsie: Ablösung des verdickten und dunkelroth gefleckten Periosts vom r. Stirnbein. Eiter zwischen Periost und Knochen, derselbe erstreckt sich bis in die Orbita und unter den M. temporalis. Die Dura mater ist in derselben Ausdehnung wie das Periost vom Knochen abgelöst, sie ist verdickt. Das Periost der Nasenknochen ist breit durch Eiter abgehoben.

26. (3). Anamnese: Rieder. Pet. med. Wochenschrift 1882 № 3 p. 23. 17j. kräftiger Jüngling, seit dem 16. August 1880 an

Frösteln, Hitze und Kopfschmerzen leidend. — Status: 20. Aug. T. 40,0, P. 116. Starke Kopfschmerzen, Milz derb, zieml. stark vergrössert. Erysipelatöse Röthung, Schwellung und Empfindlichkeit der Haut an der linken Seite der Nase. — Verlauf: 22. August Zunge trocken, T. Ab. 40,9, Kopfschmerzen sehr stark. 23. August Blande Delirien, P. 120. Gesicht stark geschwollen, besonders die Oberlippe und ihre Umgebung, T. 40,8. 24. Aug. P. 132. Pat. comatös, Ab. 41,0. 25. Aug. die Delirien dauern fort, das Erysipel blasst ab. 26. Aug. Collaps, comatöser Zustand, das Gesicht ist wenig geröthet. Beständiges Flockenlesen, Ab. 40,2. 27. Aug. exit. letal. — Autopsie: Im Gesicht und am Kopf Epidermisabschuppung. Die Diploë des Schädeldaches ist verbreitert, dunkel hyperämisch mit gelblichen Stellen. Die Tabula interna stark verdünnt, ebenso auch die externa. Die Schädelknochen weicher als normal. Beide Hirnhäute und das Gehirn sind stark hyperämisch. Einige von den mittleren Rippen zeigen sich wie das Schädeldach weicher als normal, auf dem Durchschnitt sind sie hyperämisch, hie und da ebenfalls leicht gelblich gefärbt. Chronischer Milztumor.

Von den 29 Ihnen vorliegenden Krankengeschichten sind 13 Fälle von ihren Beobachtern zur Osteomyelitis gezählt worden. Von den übrigen unter ganz demselben Bilde verlaufenen Periostitisfällen zeigen 11 ausgesprochene Affection des Knochens; theils war dieselbe von vornherein an Partien des Knochens diagnosticirt worden, die kein eigentliches Periost haben, theils zeigte in anderen Fällen der zur Autopsie gelangte Knochen so tiefgreifende Störungen, dass an secundäres Ergriffensein nach vorhergegangener Periostitis nicht recht gedacht werden kann. Schliesslich mache ich auf die circumscripten, entfernt von einander befindlichen Periostablösungen aufmerksam, wie sie im Fall Richet (18) und Lavergne (21) constatirt sind; ein solches Bild ist bei primärer Periostitis nicht zu erklären. Fassen wir dieses zusammen, so werden wir, trotzdem eine Anzahl der Krankengeschichten an Sorgfalt Manches zu wünschen übrig lässt, namentlich bei der Obduction eine genaue Untersuchung des Knochens oft unterlassen ist, uns doch dem Eindruck nicht verschliessen können, dass in der Knochensubstanz der primäre Sitz der Krankheit zu suchen sei, dass die Periostitis die Folge, die Osteomyelitis der Anfang sei.

Das klinische Bild unter dem die Osteomyelitis der flachen Knochen verläuft, deckt sich im Wesentlichen mit demjenigen der Röhrenknochenosteomyelitis. Aetiologisch wird auch hier wiederholt Erkältung und Trauma angegeben, bald nachdem dieselben eingewirkt, oft schon innerhalb der ersten 24 Stunden kündigt ein Schüttelfrost die Erkrankung an, die dann unter schweren typhösen Symptomen in wenig Tagen zu Ende führen kann, oder — was das Häufigere — bei mehr oder weniger hohem Fieber mit relativ freiem Sensorium verbunden ist. Ganz besonders quälen den Kranken die localen Schmerzen. Dabei ist in den ersten Tagen objectiv wenig nachzuweisen, nur starke Druckempfindlichkeit ist von vornherein zu constatiren. Der Kranke selbst localisirt oft die Erkrankung auf das angrenzende Gelenk, aber dabei ist die Bewegung in demselben passiv völlig frei, activ wenigstens theilweise ausführbar. Es ist dieses ein wichtiges differential-diagnostisches Moment gegenüber dem acuten Gelenkrheumatismus, mit welchem die acute Osteomyelitis am leichtesten verswechselt werden kann. Bei aufmerksamer Beobachtung bemerkt man nur eine sich stärker ausbildende Füllung der Hautvenen über dem erkrankten Knochen, gleichzeitig damit tritt Oedem auf. Unterlässt man es jetzt zu incidiren, so nehmen die Symptome der vorschreitenden Eiterung rapid zu. Auffallend schnell, über Nacht oft ist exquisiteste Fluctuation in gröserer Ausdehnung an Stellen zu constatiren, wo man am Abend noch vergeblich nach einer solchen gefahndet. Der Eiter hat nunmehr, nachdem er das Periost abgelöst, dasselbe durchbrochen und ist an die Oberfläche getreten; die Haut spannt sich prall, sie verfärbt sich, die Venenzeichnung ist exquisit und bei noch längerem Zuwarten ist der Durchbruch da; — wenn nicht inzwischen der Tod bereits eingetreten, der durch die ganz besonders heftige Infection erklärt worden, oft aber auch auf eine complicirende Pyämie zurückzuführen ist. Jedoch ist die Zahl der rasch letal endenden Fälle die geringere.

Schwieriger ist die Diagnose in den Fällen mit langsamem Verlauf, meist handelt es sich hier um secundäres Ergriffensein des flachen Knochens. Fast symptomlos kann sich die Eiterung etabliren; unter geringen Temperatursteigerungen und Schmerzen wird zuweilen nach Wochen erst Fluctuation deutlich; bei der nun gemachten Incision erstaunt man über die Ausdehnung, welche die Eiterung gewonnen (Fall 11, Brennig). Lässt man es bei der Incision des Abscesses allein bewenden, so fällt die Temperatur meist ab, bis auf die Norm, aber trotzdem für freien Abfluss gesorgt, die Drainage rationell angebracht, steigt die Temperatur wieder an, die Eiterung bleibt profus. Allmälig hat sich an einer anderen Stelle ein Abscess gebildet, abermalige Incision, Abfall der Temperatur, allmäliges Wiederansteigen derselben und so geht es fort bis die Kräfte consumirt sind, oder directes Angreifen des Knochens den wahren Sitz der Krankheit eliminirt.

Wohl nur als seltenes Glück kann man es bezeichnen, wenn die Heilung nach einfacher Incision spontan erfolgt. Immer ist in diesen vereinzelten Fällen die Krankheitsdauer eine protrahirte, wenn man glaubt der Eiterung Herr geworden zu sein, öffnet sich eine neue Fistel, die kleine Sequester absondert, kurz — die Seltenheit der spontanen Heilung und die Langwierigkeit des Verlaufes sind Factoren, die niemals gegen einen möglichst frühen und radicalen chirurgischen Eingriff ins Feld geführt werden können. Am meisten Schwierigkeiten wird die Diagnose bei Erkrankung des Hüftbeins bieten, wenn nicht an der Crista der erste Abscess sich bildet, und am Sternum, wenn man es mit solchen Verhältnissen zu thun hat, wie sie der Salomon'sche Fall (23) bietet. Schädelknochen und Scapula erleichtern durch ihre oberflächliche Lage die Diagnose wesentlich. In der Mehrzahl der Fälle kommen die Kranken mit bereits ausgebildeter Periostablösung zur Behandlung und erwachsen ernste Schwierigkeiten in der Diagnosenstellung wohl nur wenn bereits ein Gelenk in Mitleidenschaft gezogen und man der Möglichkeit eines Gelenkrheumatismus gegenübersteht. Allein die geringe Schmerzhaftigkeit des Gelenkes bei acuter Osteomyelitis, auch wenn es vereitert, dagegen die excessive Druckempfindlichkeit des Knochens werden die richtige Diagnose in den meisten Fällen ermöglichen. In den seltenen Fällen, wo mehrere Epiphysen rasch nach einander befallen sind, man also einer multiplen Gelenkaffection gegenübersteht, wird die Differentialdiagnose ganz besonders schwer. — Als Hülfsmittel zur Diagnose ist endlich in allen zweifelhaften Fällen, die einer exacten Untersuchung Schwierigkeiten entgegensetzen, sofort die Narkose heranzuziehen.

Wie die zusammengestellten Fälle ergeben, handelt es sich — mit Ausnahme der Schädelknochen — nur etwa in der Hälfte der Fälle um primäres Ergiffenwerden des flachen Knochens; meist localisirt sich die Krankheit zuerst an ihren Praedilectionsstellen — Tibia und Femur — bei der geringen Schwierigkeit, welche insbesondere die Tibia der Diagnose bietet, wird diese bereits feststehen, wenn die ersten suspecten Erscheinungen am flachen Knochen auftreten. Dann aber tritt die Pflicht an uns heran, sofort möglichst radical vorzugehen, selbst auf die Gefahr hin vielleicht einmal die Incision unnütz gemacht zu haben. Die Erfahrungen der modernen Wundbehandlung lehren, dass dieser Schnitt dem Kranken keinen Schaden bringen wird, während jeder Tag Zuwarten bei sich etablirt habender Eiterung die grössten Gefahren für ihn involvirt. Das beweist Ihnen die Mortalitätsziffer von 27 auf die 29 zusammengestellten Fälle. — Man könnte einwenden, diese ungünstige Ziffer hänge mit der Schwere der Allgemeininfection zusammen. M. Herren! Dasselbe galt für die Erkrankung der Röhrenknochen ehe man begann dieselben rechtzeitig mit dem Trepan, mit dem Meissel anzufassen. Launelongue[7]) bringt, seitdem er trepanirt, von

[7]) Gazette des Hôpit. 1879. p. 405.

5 Kranken drei durch, während er früher von 10 Fällen sämmtliche verlor. Die von Chassaignac geschilderten in stürmischer Weise verlaufenden Fälle von Röhrenknochenosteomyelitis sind nicht darum so selten geworden, weil die Infection sich abgeschwächt; — dass diese letztere sich in alter Heftigkeit erhalten, beweist die obenstehende Mortalitätsziffer — aber wir haben es gelernt den Krankheitsherd zu eliminiren bevor er seine deletäre Einwirkung auf den Organismus in vollstem Umfang manifestirt, und wir werden an den flachen Knochen zu denselben Resultaten gelangen, wenn wir uns von dem Begriff der acuten spontanen eitrigen Periostitis frei machen, und überall wo wir das Periost abgelöst finden, den Knochen angreifen, das blos liegende Stück desselben mit dem Meissel breit eröffnen, wenn nöthig, dasselbe reseciren.

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga
über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.
Von
Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Fortsetzung.)

Zwei Fälle von diffuser, nach der bisherigen näheren Untersuchung zu urtheilen, primärer Carcinose resp. Sarcomatose des Peritonäums betrafen einen 63-jährigen Juden und eine 26-jährige Soldatenfrau. Auch hierüber soll Näheres folgen.

Je einmal kamen die folgenden Tumoren zur Beobachtung:

1) Bei einer 67-j. Frau ein aus grosskernigen Spindelzellen zusammengesetzter, mehr als faustgrosser, central zerfallener Tumor im unteren Lappen der rechten Lunge (Sarcoma)? ohne sonstige Geschwulstbildungen in anderen Organen.

2) Bei einem 37-j. Manne ein umfangreiches Rundzellen-Sarcom des vorderen Mediastinum, der bronchialen Lymphdrüsen und der rechten Pleurahöhle, ohne Betheiligung der Lungen; hämorrhagisches Exsudat. (Genaueres über diese beiden Fälle in einer besonderen Arbeit).

3) Bei einer 39-jährigen, an Recurrens verstorbenen Frau, fand sich in der rechten Pleurahöhle, dem Seitentheile des 5. Brustwirbelkörpers verschieblich aufsitzend, ein von Pleura glatt überzogener, gut wallnussgrosser, derber Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein primäres, kleinzelliges Spindelsarcom einer der hier vorkommenden kleinen Lymphdrüsen erwies.

4) Eine 33-j. Frau ging an Recidiv eines früher durch Resection entfernten Sarcoms des linken horizontalen Unterkieferastes zu Grunde. Keine Metastasen in inneren Organen.

5) Ein carcinomatöses Ulcus im unteren Drittheil des Oesophagus bei einem 62-j. Invaliden hatte zu Durchbruch in den rechten unteren Lungenlappen und Bildung einer mehr als gänseeigrossen Caverne daselbst geführt. Die Höhle war von einem ziemlich derb indurirten Bindegewebe begrenzt, mit gelbweisslicher Pseudomembran ausgekleidet und communicirte durch eine c. 1 Cm. Durchmesser haltende Oeffnung an ihrem oberen Ende mit dem Lumen des stenosirten Oesophagus. Beim Sondiren war die Sonde bald ungehindert oder nach Ueberwindung eines nur sehr leichten Widerstandes hinabgeglitten bis zur normalen Tiefe, bald in einer Tiefe von 35 Cm. (von den Zähnen gerechnet) auf ein unüberwindliches Hinderniss gestossen; die Diagnose wurde daher auf ein Diverticul. oesophagi gestellt. Im ersten Falle war man offenbar in die Lungenhöhle gerathen, im zweiten im Oesophagus stecken geblieben. Carcinomatöse Neubildung konnte in der Wand der Caverne nicht nachgewiesen werden. Sonst bot Pat. klinisch und anatomisch das Bild einer indurativen Phthise dar.

6) Bei einem unter den Erscheinungen des Ileus verstorbenen 24-j. Mädchen fand sich eine gestielte, aus dem linken Ovarium hervorgegangene glattwandige Cyste von mindestens der Grösse zweier Fäuste, erfüllt mit dunkelrother, sanguinolenter Flüssigkeit, der Stiel mehrfach um seine Axe gedreht, der Uterus nach links hinübergezogen. Dieser Tumor war jedoch nicht die Ursache des Darmverschlusses, unter seinem Stiele zog das Rectum herab, auf ihm lag die Schlinge des S roman., beide in keiner Weise in ihrer Durchgängigkeit beeinträchtigt; als Ursache fand sich vielmehr Axendrehung des Dünndarms um die Mesenterialaxe, wobei ein grosser Theil der Jejunalschlingen nach links hinüber gefallen war. Diese, stark gebläht (12 Cm. Umfang) standen mit dem Tumor in keinerlei Beziehung, während ein Theil der collabirten Darmschlingen (5—6 Cm. Umfang) mit den Wandungen der Geschwulst lose entzündlich verklebt waren.

Wenn man von einer Reihe von Fällen absieht, in denen chron. parenchymatöse und chron. interstitielle *Nephritis* mehr als Nebenbefund neben wichtigeren Erkrankungen angetroffen wurde, sind Affectionen der Nieren in 15 Fällen (10 M., 5 W.) als Hauptkrankung anzusehen, und zwar handelte es sich 3 Mal (3 Männer) um tödtlich verlaufene acute diffuse Nephritis (Tod im urämischen Anfall), 10 Mal (7 M., 3 W.), um chronische Nephritis (large white kidney der Engländer und Schrumpfniere). Hierzu kommen 2 Fälle von suppurativer Nephritis.

Im ersten Falle — 59j. Frau, mit der Diagnose, Cystitis et Pyelonephritis, fanden sich beide Nieren vergrössert, weich, schwappend in Mark und Rinde von zahllosen, dünnen Eiter enthaltenden punctbis erbsengrossen Abscessen durchsetzt, multiple kleine Eiterherde im perirenalen Bindegewebe und der Substanz des Musc. psoas, Pyelitis und Cystitis mit geringem geschwürigem Zerfall der geschwellten Blasenschleimhaut im Trigonum.

Im zweiten Fall — 31j. Frau, 4 Monate vor dem Tode erkrankt, Geschwulst in der linken Nierengegend etc. Incision, Tod bald darauf an schnellzunehmender Schwäche. Die linke Niere allseitig mit der Umgebung durch schwielige Bindegewebsmassen verbacken in einen multiloculären aus kirschgrossen Einzelhöhlen zusammengesetzten Abscess verwandelt. Schleimhaut des Ureter stark injicirt, sonst intact. Blasenschleimhaut an der Ausmündungsstelle des linken Ureter oberflächlich ulcerös zerstört; rechte Niere leicht vergrössert, Amyloidmilz. Eine Ursache der Abscedirung wurde nicht aufgefunden.

Bei Besprechung der Tuberculose sowie des Typh. abdom. sind mehrere Fälle von secundärer *Peritonitis*, meist perforativer, erwähnt worden. Von primärer, traumatischer und genuiner Peritonitis sind überhaupt nur 5 Fälle zu verzeichnen gewesen.

Die drei traumatischen Peritonitiden betrafen 1) eine ca. 40j. Frau, diffuse Peritonitis nach Kaiserschnitt wegen Carcinoma port. vaginal. uteri (todtfaule Frucht, Schüttelfröste schon vor der Operation). 2) 50j. Frau, Perforation der vorderen Wand des Mastdarmes gelegentlich einer Tubage wegen hochgradiger narbiger Mastdarmstrictur. Peritonitis. 3) 55j. Arbeiter. Messerstich. Penetrirende Bauchwunde längs des linken Rippenbogens, von der vorderen Axillarlinie bis zur Mamillarlinie, Prolaps eines Convolutes von Dünndarmschlingen und eines ca. 30 Cm. langen Stückes des Dickdarms; zwei Wunden im Dünndarm von 1,5 und 0,7 Cm. Darmnaht, Reposition nach Desinfection mit 2 % Carbolsäurelösung, Naht der Bauchwunde. Tod nach 2 Mal 24 Stunden. Die Darmnaht hat vortrefflich gehalten; kein Kothaustritt; frische diffuse Peritonitis mit fibrinösem Exsudat.

In gewissem Sinne als traumatisch ist auch der folgende nicht uninteressante Fall von *chronischer suppurativer Peritonitis* zu bezeichnen:

Ein 66j. Maschinist gab ausser einigen sich auf Lungenemphysem beziehenden Beschwerden an, vor einem Monate mit Schmerzen im Leibe, Erbrechen und Hitzegefühl ohne ihm bekannte Ursache erkrankt zu sein; die Schmerzen stellten sich anfallsweise ein, Erbrechen erfolge täglich, zuweilen mit Blut; Stuhl sehr träge. Pat. fast zum Skelett abgemagert, Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, kein Tumor. Diagnose: Peritonitis chron. (Carcinoma)? Tod nach 8 Tagen. — In der Bauchhöhle mindestens 2000 Ccm. dicken, gelblichen geruchlosen Eiters; die grauverfärbten Darmschlingen z. Th. untereinander, z. Th. mit der rechten Bauchwand verklebt; Periton. visc. und parietal. mit einer 1—2 Mm. dicken, gelblichen fibrinös-eitrigen Schicht bedeckt, die sich nur schwer oder garnicht abstreifen lässt. Schleimhaut des Magens und Darmes und die drüsigen Organe der Bauchhöhle bieten makroskopisch nichts bemerkenswerthes dar. Bei Ablösung des mässig verdickten Mesenteriums dessen Drüsen leicht geschwellt sind, findet sich in einer Falte desselben in der Nähe der Einmündung des Ileum in das Coecum eine Stecknadel. Im Darm trotz eifrigsten Suchens keine Andeutung einer Perforationsöffnung zu entdecken. (Fort. folgt.)

Referate.

Danillo: Liegt die Ursache der epileptischen Anfälle in den Veränderungen der hinteren Theile der Gehirnrinde? (Prz. lek. № 4. 1884).

Im J. 1883 gab Unverricht (Arch. f. Psych. Bd XIV) an, dass die Reizung der Sehregion der Gehirnrinde epileptische Anfälle hervorzurufen im Stande sei. In Folge dessen nahm er an, dass die Ursache der epileptischen Anfälle in diesen Theilen der Gehirnrinde zu suchen sei. D. hält diese Arbeit für zu wenig experimentell bewiesen. Um diese Lücke auszufüllen, unternahm er im Laboratorium von Prof. Munk eine Reihe von Experimenten an Hunden. Dabei erwies sich, dass die elektrische Reizung der hinteren Theile der Gehirnrinde *bei gewisser Stärke des Stromes* constant epileptische Anfälle hervorruft. Es stellte sich aber gleich bei den ersten Versuchen heraus, dass für die Erzeugung solcher epileptiformer Anfälle durch Reizung der hinteren Theile der Rinde viel stärkere Ströme angewandt werden müssen, als es für die vorderen Theile der Gehirn

rinde nöthig ist. Die elektrische Reizung circumscripter Districte an den vorderen Theilen der Rinde hat, wie es allbekannt ist, einen tetaniformen Krampfanfall in der entsprechenden Körperpartie zur Folge. Wenn man aber einen Strom von derselben Stärke, welche vollkommen genügt um einen Krampfanfall bei Reizung der vorderen motorischen Partien der Gehirnrinde hervorzurufen, an die hinteren Theile der Gehirnrinde applicirt (Seh-, Gehörs- und andere Regionen), so kommt es nicht zu einem Krampfanfalle. Dieser Umstand, dass zur Hervorrufung epileptiformer Krämpfe bei Reizung der sensiblen Theile der Gehirnrinde stärkere Ströme angewandt werden müssen — liess Verf. vermuthen, dass der stärkere Strom vielleicht nicht circumscript wirkt, sondern sich auf die motorische Sphäre vermittelst der Nervensubstanz fortpflanzt und in solcher Weise direct auf die motorischen Centra einwirkend einen Krampfanfall aufzulösen vermag. Durch weitere Versuche ist es dem Verf. leicht gelungen diese Vermuthung experimentell zu beweisen. Durch zweckmässig geführte Einschnitte in die Gehirnrinde wurde die gereizte Partie des hinteren Gehirnlappens von den vorderen motorischen Regionen isolirt. Die Ausführung einer solchen Isolation während eines in oben erwähnter Weise erzeugten Krampfanfalles blieb auf denselben ohne irgend welche Wirkung. Dagegen genügte aber ein solcher Schnitt vollkommen um die Leitung zwischen den hinteren und vorderen Theilen vollkommen zu unterbrechen, so dass sogar die stärksten Ströme an die hinteren Partien der Gehirnrinde applicirt gar keine Krampfäusserung hervorrufen konnten. Das beweist aber klar, dass die krampferregende Wirkung der stärkeren Ströme nur auf der Deviation des Stromes beruht, welcher auf grössere Strecken durch die Nervensubstanz geleitet wird, so dass die motorischen Centra der Gehirnrinde auf diese Weise direct durch den abgewichenen Strom gereizt werden. Durch weitere Versuche ist es dem Verf. gelungen zu beweisen, dass diese Leitung des elektrischen Stromes und seine Fortpflanzung nicht durch die tiefliegenden Nervenfasern stattfindet sondern durch die oberflächlichen Fasern der Gehirnrinde und zwar wahrscheinlich durch die sogenannten Exner'schen Associationsfasern der grauen Rinde.

Der Umstand, dass die Reize, welche vollkommen sufficient für die vorderen Theile der Rinde sind, sich als insufficient für die hinteren Partien erweisen, kann auch eine Erklärung geben für die klinische und experimentelle Symptomatologie der Gehirnrindeerkrankungen. So bietet z. B. die klinische Diagnostik der pathologischen Veränderungen in den hinteren Theilen der Gehirnrinde ungeheure Schwierigkeiten. Jetzt kann man die Sache in solcher Weise sich vorstellen dass das klinische Bild dieser Erkrankungen nur in Folge dessen wechselt, dass in einem Fall der Reiz quantitativ etwas stärker ist und in Folge dessen die Kraft hat sich bis auf die motorische Sphäre fortzupflanzen und hier durch Veranlassung sichtbarer Effecte sich zu manifestiren. In einem anderen Falle ist dieser Reiz quantitativ zu schwach um sich stärker auszubreiten, bleibt localisirt auf die hinteren Theile der Rinde und der pathogene Herd bleibt ohne objective Symptome. — Schluss: die Antwort auf die im Titel aufgestellte Frage ergiebt sich aus Allem gesagten klar: die Ursache der epileptischen Anfälle kann nicht ausschliesslich in den Veränderungen der hinteren Partien der Gehirnrinde gesucht werden. Ziemacki.

Aus dem pharmaceutischen Institut des Prof. G. Dragendorff sind im Laufe des verflossenen Semesters folgende Arbeiten hervorgegangen:

1) L. von Hirschhausen: Beiträge zur forensischen Chemie der wichtigeren Berberideenalkaloide. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

2) G. Jacobowsky: Beiträge zur Kenntniss der Alkaloide des Aconitum Lycoctonum. I. Lycaconitin. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

3) E. Johannson: Forensisch-chemische Untersuchungen über das Colocynthin und Elaterin. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

4) A. von Kügelgen: Beiträge zur forensischen Chemie des Sanguinarins und Chelidonins. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

5) R. Lenardson: Chemische Untersuchungen der rothen Manaca. (Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Magisters der Pharmacie 1884.)

6) P. Thielick: Beiträge zum gerichtlich-chemischen Nachweise des Cinchonidin. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

7) Al. Hartge: Beiträge zur Kenntniss der Chinidin-(Conchinin-) Resorption nebst Berücksichtigung seines forensisch-chemischen Nachweises. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1884.)

Von diesen Arbeiten hat ein specielleres medicinisch-pharmakologisches Interesse nur die letztere, in sofern als Hartge näher auf die Wirkung des Chinidin auf den gesunden und fiebernden menschlichen Organismus eingeht und die therapeutische Verwerthbarkeit dieses Mittels untersucht. H. kommt zu nachstehenden Schlüssen: Das Chinidin wird vom ganzen Verdauungstractus aus in kurzer Zeit vollständig resorbirt und ist die Resorption bei Einnahme per os für gewöhnlich bereits im Ileum beendet. — Bei subcutaner Application erfolgt die Resorption um vieles rascher und sind die Intoxicationserscheinungen daher heftiger. — Die Eliminirung aus dem Organismus findet statt durch alle Secrete und Excrete des Körpers, namentlich durch den Urin, Speichel, wahrscheinlich auch durch Schweiss und Thränen. — Seine *physiologischen* und *antifebrilen Eigenschaften* stimmen mit denen des Chinin vollständig überein, ebenso die Beeinflussung des Stoffwechsels und der Harnstoffausscheidung, was Verf. durch directe Bestimmung an sich selbst festgestellt hat.

Für die Anwendungsweise des Chinidin in der Therapie dürften folgende Daten von Belang sein: Am Menschen rufen 0,01 bis 0,015 pro Kilo Körpergewicht Trockenheit im Munde und faden Geschmack hervor, 0,015 bis 0,025 Schläfrigkeit, Abspannung, gelindes Ohrensausen, 0,025 bis 0,035 dazu noch Schwerhörigkeit, Funkensehen, Schweiss, Erbrechen. Die Grenze der therapeutischen Dosirung dürfte bei einem Individuum von 50 Kilo Körpergewicht bei 3,0 grm. zu suchen sein. — Betreffs der Temperaturherabsetzung bei Fiebernden durch Chinidin kommt H. zu denselben günstigen Resultaten wie vor ihm schon Strümpell, und empfiehlt das Chinidin als gutes Ersatzmittel des Chinin bei fieberhaften Krankheiten, und namentlich bei Malaria. D—o.

Vermischtes.

— Der Inspector der Medicinalverwaltung von St. Petersburg, Geheimrath Dr. Baron Maydell ist nach kurzer Krankheit am 18. d. M. gestorben.

— Vor Kurzem fand in der militär-medicinischen Academie die Wahl zur Besetzung des neu eingerichteten Lehrstuhls der descriptiven Anatomie statt. Wie verlautet, ist von den beiden in Vorschlag gebrachten Candidaten, Prof. Leshaft, erster Prosector bei Prof. Gruber und Dr. Tarenezki, zweiter Prosector bei Prof. Gruber, letzterer gewählt worden.

— Der berühmte Anatom Hyrtl ist, wie aus einem von ihm an die Gemeinde Ottakring, welche eine neue Gasse nach seinem Namen benannt hat, gerichteten Schreiben hervorgeht, fast vollständig erblindet. Sein Vater hatte ebenfalls das Unglück, im Alter zu erblinden.

— Die Wiener med. Schule hat durch den am 23. September a. St. im Alter von 67 Jahren erfolgten Tod des Prof. emer. Dr. Zeissl einen herben Verlust erlitten. Der Verstorbene genoss sowohl als klinischer Lehrer, als auch durch seine literärischen Leistungen auf dem Gebiete der Syphilidologie einen Weltruf.

— In Bukarest ist der verdienstvolle Generalinspector des rumänischen Militär-Sanitätswesen, Dr. Davila gestorben.

— Den französischen Aerzten Nicati und Rietsch in Marseille soll es gelungen sein, durch Einimpfung von Cholerabacillen bei Hunden und Meerschweinchen genau dieselben Krankheitserscheinungen hervorzurufen, wie sie die Cholera *bei Menschen* bewirkt.

— Die 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ist am 18. September n. St. in Magdeburg durch den ersten Geschäftsführer, Oberstabsarzt Dr. Gähde, eröffnet worden. Der feierlichen Eröffnung wohnten ca. 1100 Mitglieder und Theilnehmer bei. Als Versammlungsort für das nächste Jahre ist Strassburg gewählt worden.

— Nach den statistischen Zusammenstellungen sind an der Cholera in Frankreich seit dem Beginn derselben bis zum 15. September n. St. (also in ca. 3 Monaten) 10 bis 12,000 Personen erkrankt und von diesen ungefähr 5000 gestorben. In Marseille, wo die Seuche bereits fast erloschen schien, sind, nachdem wieder heisses Wetter eingetreten, mehr Todesfälle vorgekommen.

— In Neapel sind nach den Berichten in der Zeit vom 1.—16. September n. St. von 6900 an der Cholera Erkrankten, 3460 gestorben und 2460 genesen. Auffallend gross ist in Italien die Zahl der Erkrankungen an der Seuche unter den Aerzten und Krankenwärtern. Professor Carino und der Director des grossen Hospitals «Ospedale degli Incurabili», ferner Dr. Feretti und der Director des Findelhauses der «Annunziata» Dr. Somma sind in Neapel der Seuche erlegen.

— Wie im Lehrjahre 1883/84 sind auch im bevorstehenden Lehrjahre 1884/85 von den Privatdocenten der militär-medicinischen Academie *Curse für Aerzte* an der Academie und einigen anderen Heil- und Lehranstalten St. Petersburgs eingerichtet, und zwar werden 4 Serien solcher Curse stattfinden. Die I. Serie wird vom 22. September bis zum 3. November, die II. Serie vom 10. November bis zum 22. December a. c., die III. Serie vom 3. Januar bis zum 14. Februar und die IV. Serie vom 20. Februar bis zum 2. April a. fut. abgehalten werden. Die Namen der Docenten und die von ihnen vorgetragenen Gegenstände sind nach dem uns zugesandten Programme folgende:

W. J. Afonassjew. — Demonstrativer Cursus der pathologischen Anatomie im pathologisch-anatomischen Institut der Academie. Serie 1 und 2, an Sonntagen von 1 bis 3 Uhr Nachmittags. Zahlung 10 Rubel.

N. P. Wassiljew. — Diagnostik der inneren Krankheiten (vorzugsweise der infectiösen und Magen-Darm-Krankheiten). Serie 2 und 3, 2 Mal in der Woche im Alexander-Baracken-Hospital an stationären Kranken. Tage und Stunden nach Uebereinkommen. Zahlung 5 Rubel.

N. P. Wassiljew. — Cursus der Bacteriologie der Infectionskrankheiten. Serie 1 und 2, 1 Mal wöchentlich im Laboratorium des städtischen Alexander-Baracken-Hospitals. Stunde nach Uebereinkommen. Zahlung 10 Rubel.

S. N. Danillo. — Klinik der Krankheiten des Rückenmarks. Serie 3, 2 Mal wöchentlich, Zuhörer mindestens 10. Zahlung à 5 Rubel. Ueber den Ort und die Zeit der Vorlesungen wird seinerzeit Mittheilung gemacht werden.

W. J. Drosdow. — Elektrotherapie. Im Gebäude der Academie, Serie 1, der Cursus wiederholt sich in der 2. und 3. Serie. Am Dienstag und Sonnabend um 1 Uhr Nachmittags. Zahlung 10 Rubel.

W. J. Drosdow. — Diagnostik der inneren Krankheiten in Verbindung mit Nerven-Veränderungen. Der Cursus erstreckt sich über alle 4 Serien, die Vorlesungen dauern 1½ Stunden. Honorar 25 Rubel.

M. J. Kapustin. — Grundzüge der praktischen sanitären Thätigkeit der Aerzte. 2. Serie, 10 Vorlesungen bei nicht weniger als 10 Zuhörern. Zahlung à 5 Rubel.

Professor A. J. Lebedew. — Gynäkologische Klinik, Serie 3 und 4, 2 Vorlesungen in der Woche, Abends. Tage und Stunden nach Uebereinkommen. Zahlung 10 Rubel.

A. W. Poehl. — Physiologisch-chemische Untersuchungs-Methoden sowie Chemie und Pharmakognosie neuer Arzeneimittel, im eigenen chemischen Laboratorium (Wassili-Ostrow, 7. Linie № 18). Der Cursus wiederholt sich in allen 4 Serien; am Mittwoch von 10 bis 12 Uhr. Zahlung 5 Rbl.

W. N. Popow, — Operative Chirurgie. Praktische Uebungen an der Leiche. Im Auditorium des Prof. J. M. Ssorokin. Serie 3, 2 Mal wöchentlich zu 1½ Stunden. Zahlung 10 Rubel.

J. J. Ssmolski. — Operative Geburtshülfe im Auditorium der militär-medicinischen Academie. Material — Leichen. Serie 2, 2 Vorlesungen wöchentlich zu 2 Stunden. Zahlung 5 Rbl.

W. W. Sutugin. — Klinik der Krankheiten der weiblichen Geschlechts-Organe im Roshdestwenski-Hospital. Ambulatorisches und stationäres Material. Serie 1, zum zweiten Mal in Serie 4, am Montag und Freitag von 12 bis 1½ Uhr Nachmittags. Zahlung 5 Rubel.

N. W. Uskow. — Praktischer Cursus der pathologischen Histiologie. Serie 2, zum zweiten Mal in Serie 4, 3 Vorlesungen in der Woche zu 1½ Stunden. Zahlung 8 Rubel. Theilnehmer 5 bis 15 Personen.

N. N. Fenomenow. — Cursus der gynäkologischen Operationen an Leichen. Tage und Stunden nach Uebereinkommen. Die Zahl der Theilnehmer unbeschränkt.

N. N. Fenomenow. — Operative Geburtshülfe. Praktische Uebungen am Phantom oder an der Leiche. Klinik Wylié. Serie 3, am Dienstag und Sonnabend von 9½—10½ Uhr Morgens, der dritte Tag nach Uebereinkunft. Zahlung 5 Rubel.

N. J. Sokolow. — Klinik der inneren Krankheiten. Serie 2 und 3, wöchentlich eine Vorlesung zu 2 Stunden. Stunden und Tage nach Uebereinkommen mit den Zuhörern.

Die Bekanntmachungen in Betreff der von anderen Privatdocenten eingerichteten Curse werden seinerzeit erlassen werden.

Im Falle besonderer Nothwendigkeit und auch im Falle eines Uebereinkommens mit den Zuhörern kann eine Aenderung dieses Programmes vorgenommen werden.

Diejenigen, welche sich an diesen Cursen betheiligen wollen, werden gebeten sich zu melden: bei Nil Iwanowitsch Ssokolow (Kleine Italjanskaja 43), bei Nikolai Petrowitsch Wassiljew (Newski-Prospect 123) oder auch bei den übrigen Docenten.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 2. September 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2080	1461	3541
Kinderhospitäler	103	88	191
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd.,exanth.,rec.)	121	50	171
Scharlach	9	12	21
Pocken	4	4	8
Venerische Krankheiten	310	341	651

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 26. August — 1. September 1884 besucht von 2270 Kranken, darunter zum ersten Mal von 970.

am 9. September 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2100	1507	3607
Kinderhospitäler	118	96	214
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	129	43	172
Scharlach	11	8	19
Pocken	4	4	8
Venerische Krankheiten	312	365	677

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 2. — 8. September 1884 besucht von 2084 Kranken, darunter zum ersten Mal von 890.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 9. bis 15. September 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
197	175	372	88	35	39	5	3	16	41	43	39	20	24	14	3	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 1, Diphtherie 7, Croup 1, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 22, andere Gehirnkrankheiten 12, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 22, acute Entzündung der Athmungsorgane 46, Lungenschwindsucht 60, andere Krankheiten der Brusthöhle 4, Gastro-intestinal-Krankheiten 66, andere Krankheiten der Bauchhöhle 18, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 18, Marasmus senilis 14, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 10, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 14.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	24—30 August	181 732	94	9	25,7	9,6	39,7
Kopenhagen	27 Aug.-2 Sept.	267 000	123	10	24,0	8,1	38,2
Berlin	31 Aug.-6 Sept.	1 225 065	755	79	32,0	10,5	35,1
Wien	31 Aug.-6 Sept.	759 849	332	15	22,7	4,5	34,4
Brüssel	24—30 August	171 293	93	4	28,2	4,3	31,3
Paris	29 Aug.-4 Sept.	2 239 928	932	100	21,6	10,7	27,0
London	31 Aug.-6 Sept.	4 019 361	1529	155	19,9	10,1	33,3
St. Petersburg	7—13 September	928 016	411	46	23,0	11,2	32,0

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. October c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 24. September c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 21 Сентября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bitte man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 39. St. Petersburg, 29. September (11. October) 1884.

Neuralgien bedingt durch Druck einer vergrösserten Lymphdrüse. Ausgang in acute Miliartuberculose.

Von

Dr. R. Peters.

Ein Fall von acuter Miliartuberculose, welche ihren Ausgang von einem primären Käseherd nimmt, gehört allerdings zu den häufigen Ereignissen, namentlich in der Kinderpraxis. Der Umstand jedoch, dass es sich nachweisen liess, wie von diesem primären Herde aus jahrelang vorher so zu sagen Attaquen auf den Organismus ausgeführt wurden, welche anfänglich noch zurückgewiesen werden konnten, ferner der ungewöhnliche Sitz der betreff. Drüse, sowie einzelne diagnostische Schwierigkeiten, die sich im weitern Verlauf ergaben, lassen mir ein näheres Eingehen in die betreff. Krankengeschichte wünschenswerth erscheinen.

Am 2. Juli 1882 werde ich zu einem Kinde gerufen, welches seit einigen Tagen an heftigen Schmerzen in der Lumbalgegend leidet. Dieselben Schmerzen hat das Mädchen bereits im vorhergehenden Sommer fast um dieselbe Zeit ca. 20 Tage hindurch gehabt, nur waren sie weniger intensiv, während sie jetzt die Nachruhe rauben und die Mutter veranlasst haben aus Finland, von der Datsche, in die Stadt zu kommen und hier Hülfe zu suchen.

St. präs.: Das 8-jährige, gracil gebaute, gut entwickelte und für ihr Alter sehr grosse, blühende Mädchen stammt aus einer hereditär belasteten Familie. Der Vater hat augenblicklich eine Infiltration einer Lungenspitze. Nahe Verwandte der Mutter sind an der Phthise gestorben. Letztere selber, sonst eine kräftige Frau hat früher, als sie sich besonders viel geistig beschäftigte, häufig an Migräne gelitten. Auch sonst sind Nervenleiden in der Familie vorgekommen. Das Kind selber hat weder Scrophulose noch Rhachitis gehabt. Auch die beiden Geschwister waren und sind vollkommen gesund.

Patientin klagt über heftige Schmerzen, die nur Nachts kommen, von der Wirbelsäule, entsprechend den unteren Lendwirbeln beginnen und nach vorne zur Crista il. ant. sup. ausstrahlen. Sie sind so stark, dass das sonst ungemein sanfte, geduldige, ausgezeichnet erzogene Mädchen weint und schreit bis sie erschöpft und schweissgebadet gegen Morgen einschläft, um den Tag etwas matt aber ohne irgend welche abnorme Sensationen zu verbringen; die Schmerzen kommen mit kurzen Pausen anfallsweise in 3 bis 4 Reprisen, von denen jede von ½ bis zu 2 Stunden dauert.

Sie werden jetzt zu beiden Seiten der Wirbelsäule angegeben, während sie im vorhergehenden Jahre zuerst nur auf der einen Seite vorhanden waren (die Mutter glaubt sich genau zu erinnern, dass es links gewesen ist) bis sie allmälig auf die andere übergriffen.

Objectiv lässt sich an keinem der Organe etwas abnormes nachweisen. Auch die Wirbelsäule, auf die mein Augenmerk vor allen Dingen gerichtet war, ist völlig intact: Keine Deviationen, keine Druckpuncte; die Beweglichkeit der Wirbelkörper sogar besser entwickelt wie gewöhnlich, da das Kind sich viel mit Turnen abgegeben hat.

Was die Temp. betrifft, so ist sie für das vergangene Jahr nicht notirt worden, da sie keine fieberhafte Schwankungen gezeigt haben soll. Jetzt war sie die beiden ersten Tage normal, am 3. stieg sie auf 37,9 Mg., Ab. unbekannt, am 4. Mg. 37,3, Ab. 37,8. Vom 5. Tage an blieb sie constant niedrig 36,3, 37,3.

Die Diagnose lautete somit, da ein ostitischer Herd ausgeschlossen werden musste, Malariainfection ebenfalls nicht anzunehmen war, auf: Neuralgien im Bereich der NN. lumbales, vielleicht rheumatischen Ursprunges, bedingt durch Veränderungen an den peripheren Theilen der betref. NN. und ihrer Scheiden oder aber durch Veränderungen an den Durchtrittsstellen der NN. durch die Wirbelsäule, sei es von Seiten der knöchernen, sei es von Seiten der weichen Umgebung.

Die Therapie bestand während der ersten Tage meiner Behandlung in Chinin und Codeingaben, Einreibungen von Chloroformsalbe, Aetherinhalat. etc., ohne wesentliche Erleichterung zu bringen. Erst als eine elektrische Behandlung eingeleitet wurde, trat ein Umschwung ein. Schon nach der 1. Séance (Galvanisation des Lendenmarks mit dem absteigenden Strom, Behandlung der schmerzhaften Stellen mit An. labil) war blos ein Anfall zu Stande gekommen und auch der so schwach, dass man zu keinem

der Narcotica zu greifen brauchte. Nach der 2. Séance waren die Schmerzen abortiv, nach der 3. hörten sie ganz auf, um nicht mehr wiederzukommen. Das Kind fuhr aufs Land zurück und blieb die ganze Zeit über vollständig gesund.

Am 2. Febr. 1883, also 8 Monate später, sah ich die Patientin wieder. Es hatten sich seit dem Tage vorher von neuem und ganz plötzlich die alten neuralgischen Schmerzen eingestellt. Zugleich war die Temp. auf 39,3 gestiegen. Die Zunge belegt, Verstopfung, Appetitlosigkeit; Sensorium unbenommen. Die Schmerzen verschwanden bald nach Einleitung der elektrischen Behandlung, wie sie schon einmal geübt worden war. Dagegen entwickelte sich im weiteren Verlauf eine deutliche wenn auch nicht beträchtliche Leber- und Milzschwellung und die Temp. zeigte, wie es die beifolg. Curve lehrt, ein ziemlich charakteristisches Verhalten, so dass ich meine anfänglich gestellte Diagnose Abdominaltyphoid bestätigt glaubte, eine Ansicht die auch der hinzugezogene Consultant Dr. Rauchfuss im Ganzen mit mir theilte, indem er den Zustand als Infectiongastritis bezeichnete. Allerdings war das Bild nicht ganz rein. Weder trat Roseola auf, noch stellten sich Durchfälle ein; im Gegentheil, wenn der Stuhl auch ab und zu eine dünnbreiige Beschaffenheit annahm, so zeigte er doch eher eine Neigung zur Retardation. Auch die Tympanie des Leibes war eine ganz unbedeutende; das Sensorium immer vollständig frei. Da aber nun alle derartigen Abweichungen von dem typischen Verlauf bei den Typhen des Kindesalters durchaus nicht selten sind, so fand ich hierin durchaus noch keine genügenden Gründe um die einmal ausgesprochene Meinung zu ändern, zumal auch späterhin jegliche Anhaltspuncte fehlten, das unter solchen Umständen nächstliegende, die acute Miliartuberculose als das Wahrscheinlichere an die Stelle zu setzen.

Von Drüsenveränderungen war nach wie vor nichts zu finden, auch die Lungen, das Gehirn vollständig normal.

Nur von Seiten des Herzens machten sich interessante Erscheinungen bemerkbar die, obwohl sie nur indirect mit dem fieberhaften Processe etwas zu thun hatten, jedenfalls eine kurze Erwähnung verdienen. Die relative Herzdämpfung ging links ca. 1 Fingerbreit über die Mamillarlinie hinaus, war also nicht gerade vergrössert. Die Töne jedoch dumpf, namentlich der erste. Der Puls arythmisch und zwar derart, dass 3—4 Schläge in der normalen Reihenfolge zu Stande kamen, der 5. Schlag jedoch so schwach war, dass er kaum vom Finger percipirt werden konnte. Von Seiten des Nervensystems keinerlei Erscheinungen. Wir hatten es also vielleicht mit einer zeitweiligen Schwächung der linksseitigen Herzcontractionen, möglicherweise auch dazwischen mit einer Asystolie zu thun, zumal auch bei der Auscultation ein periodisches Schwächerwerden des ersten Tones in der l. Mamillarlinie constatirt werden konnte. Der dumpfe Character des ersten Tones blieb constant, die Arythmie jedoch verschwand, namentlich in den Mittagsstunden, wo sich das Kind auch sonst am wohlsten fühlte, um erst mit den abendlichen Fieberbewegungen oder psychischen Erregungen einzusetzen. Es war also das Leiden nicht organischer, sondern nervöser Natur.

Das Bild des Typhus dauerte ca. 14 Tage lang. Darauf kam jedoch nicht die Reconvalescenz zu Stande, wie der allmälige Temperaturabfall erwarten liess, sondern es schloss sich daran ein 2. Stadium von 17-tägiger Dauer mit im Ganzen subfebrilen hin und wieder etwas exacerbirenden Temperaturen, die darauf hinweisen, dass ausser dem Typhus noch irgendwo ein entzündlicher Process bestehen musste. Wo derselbe jedoch sass, liess sich nicht bestimmen.

Da, wie erwähnt, das der Untersuchung zugängliche Knochen-, Lymph- und Muskelsystem als ausser Spiel bleibend betrachtet werden musste, da ferner jetzt die Milz- und Leberschwellung abgenommen hatten, so blieb nichts anderes übrig, als ganz allgemein den Verdacht dahin auszusprechen, dass es sich hier ebenfalls wie in den einschlägigen Beobachtungen von Dr. Kernig (an scrophulösen aber auch an nicht scrophulösen Kindern nach verschiedenen fieberhaften Krankheiten, unter Anderem auch Abdominaltyphus), um Veränderungen in den inneren Lymphdrüsen handeln musste, welche das Fieber unterhielten.

Welcher Art diese Veränderungen waren, ob einfache Hyperplasien oder tuberculöse Infiltrationen liess sich ebenso wenig wie ihr Sitz eruiren. Erst die 3. Periode, die sich mit einer plötzlichen Erhebung der Curve von 37,5 auf 40,3 ankündigte und als typisches, hektisches Fieber von ca. 40tägiger Dauer mit spitzansteigenden Gipfeln, die ebenso steil wieder abfielen, verlief, brachten mir die traurige Gewissheit, dass wir es in der That mit einer Käsebildung im Organismus zu thun hatten, und zwar glaubte ich, in Anbetracht der hohen Ziffern die erreicht wurden, supponiren zu müssen, dass der tuberculöse Process in weiter Ausdehnung, aber immer noch an die Lymphdrüsen sich haltend, Platz gegriffen hatte. In demselben Sinne sprachen sich denn auch bei den nächsten Consultationen Dr. Rauchfuss, späterhin auch Professor Bystrow aus. Lymphadenitis caseosa bronchialis, vielleicht auch mesaraica (obgleich sich nichts durchpalpiren liess) lautete demnach jetzt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Die Lungen zeigten um diese Zeit noch immer keine Spur von Veränderungen. Athemfrequenz im Verhältniss zum hohen Fieber nicht vergrössert: 20—22 während der hohen Nachmittagstemperaturen. Erst 14 Tage nach Beginn der 3. Periode war R. H. O. an der Wirbelsäule, sowie L. H. U. verlängertes Exspirium zu hören, bei lautem, aber nicht scharfem Vesiculärathmen und normaler Erweiterungsfähigkeit der Lungengrenzen. Einige Tage später fehlte das Exspirium L. H. U., dagegen war hier jetzt eine ca. 2 Finger breite leichteste Dämpfung zu constatiren; ca. 2 Wochen vor dem Tode kamen greifbarere Symptome hinzu, die eine Mitaffection der Lunge ausser Frage stellten. Die Dämpfung L. H. U. nahm an Intensität zu, das Athmen wurde überall namentlich H. *schärfer; hier* und da verlängertes Exspirium, an der r. *Lungenspitze* tympanitischer Schall. Die Respirationsfrequenz nahm jedoch noch immer nicht erheblich zu. Von Seiten des Darmcanals war jetzt erst eine Mitbetheiligung wahrscheinlich geworden. Es hatten sich dünne Stühle 2—3 Mal täglich eingestellt. 9 Tage vor dem Tode kündigte sich die Tuberculose des Gehirns durch eine Erweiterung der linken Pupille und Diplopie beim Sehen nach unten an. Dazu kam leichte Somnolenz, etwas Kopfschmerz. Das Bewusstsein blieb jedoch bis zum Auftreten des Krampfstadiums völlig ungetrübt. Mit letzterem zugleich begann auch die Agonie. Die Temperatur, die bis dahin gegen 40° zeigte, fing an zu sinken und in 3 Tagen erfolgte der Tod unter dem klassischen Bilde der Basilarmeningitis.

(Schluss folgt.)

Noch zwei Fälle nicht operativer Heilung der durch Uterusfibrome hervorgerufenen Leiden.

Aus der Heilanstalt des Docenten für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Kaiserlichen Universität zu Moskau

Dr. W. A. Dobronrawow.

Im Jahre 1874 habe ich im Wratschebni Westnik, 1876 in den Annalen der Chirurgischen Gesellschaft (Letop. Chirurg. Obschtsch.), und in den Protokollen der Physiko-medicinischen Gesellschaft für die zweite Hälfte 1880, Fälle aus meiner Praxis beschrieben und demonstrirt, in denen grosse Uterusfibrome, welche die Kranken durch Schmerzen und namentlich Blutungen erschöpften und sogar das Leben gefährdeten, aufhörten zu wachsen und bluten, so dass bei den Kranken Wohlbefinden sich wieder einstellte ohne dass sie sich den Gefahren ausgesetzt hätten, welche mit einer operativen Behandlung dieser Geschwülste verbunden sind. Zu den angeführten füge ich noch zwei Beobachtungen aus meiner Anstalt hinzu, wobei ich überflüssige Details ver-

meide und die Sache nur kurz in ihren Hauptzügen darstellen werde.

1) M. N. M., 45 Jahre alt, aus Jegorjewsk, hat vor 7 Jahren ihr 13-tes Kind geboren und sich stets guter Gesundheit erfreut. Seit $3^{1}/_{2}$ Jahren leidet sie an Menorrhagien und zeitweiligen Schmerzen im Unterleibe. Im Verlauf dieser drei Jahe ist sie beständig und sehr viel unter Behandlung gewesen, anfänglich bei Rjasan'schen Aerzten, dann bei Moskau'schen Gynäkologen. Einer der letzteren, die Nutzlosigkeit der bisherigen Therapie einsehend, schlug ihr zuletzt die Totalexstirpation des Uterus mit der Geschwulst vor.

Als Patientin sich am 3. März d. J. an mich wandte, ergab die Untersuchung folgendes:

Patientin hochgradig anämisch, abgemagert, blass; hydrämische Blutmischung, Oedem der unteren Extremitäten, Athemnoth. Zur Zeit der Menses wird Pat. so kraftlos, dass sie sich im Bette nicht umzuwenden vermag. Die Untersuchung der Sexualorgane ergiebt ein Fibrom, welches aus dem Fundus und der rechten Seitenwand des Uterus entspringt und sich zu einem fibrösen Polypen zu formen beginnt. Die Länge der Uterinhöhle beträgt 5 Zoll, der Fundus steht zwei Querfingerbreit oberhalb des Nabels. Das Orific. ext. ist etwas mehr als gewöhnlich geöffnet.

Die Behandlung bestand in Folgendem: Ueber den Tag subcutane Injection einer Lösung von Extr. secal. cornut. dialys. p. 1 auf p. 10 Glycerin und Aq. dest. eine Pravaz-sche Spritze voll; über 2 Tage intrauterine Injection von Tinct. Jodi und Tinct. Op. simpl. $\overline{aa}$ p. 1 auf p. 30 Glycerin, eine Braun'sche Spritze voll; innerlich Liq. ferri sesquichlor. gtt. jj—vjj allmälig steigend, 3 Mal des Tages, wobei darauf geachtet wurde, dass nicht Verstopfung eintrat oder Schmerz in der Herzgrube. Zur Zeit der Menses, um dieselben zu mässigen, Einspritzungen von Wasser mit Essig und alle drei Stunden ein Tampon mit Glycerin in die Scheide. Ausserdem trug Pat. beständig die amerikanische Bandage, welche ich 1876 in den Annalen der chirurgischen Gesellschaft beschrieben habe. Regulirte nahrhafte Diät, regelmässiges Leben in der Anstalt. — Schon eine Woche nach Beginn der Behandlung verlor die Kranke bei den Menses weniger Blut als früher. Einen Monat nach Beginn der Behandlung stand der Fundus ut. um $1^{1}/_{2}$ Querfinger unterhalb des Nabels. Auch der Leibesumfang verminderte sich, so dass die Bandage eingenäht werden musste. Die wässrige Beschaffenheit des Blutes verschwand, die Wangen der Patientin rötheten sich, die Kräfte nahmen zu, Pat. konnte im Freien umherspazieren, ohne Athembeschwerden zu empfinden und fühlte sich durchaus wohl. Während der nächstfolgenden Menses verlor sie noch weniger Blut und verliess darauf die Anstalt, wobei ihr der Rath gegeben wurde, den Gebrauch des Eisens fortzusetzen und den Menstrualfluss durch das obenangegebene Verfahren zu mässigen. Im Juni wurde mir von ihrer Nachbarin mitgetheilt, dass die Patientin sich sehr wohl befinde.

2) K. F. N., 36 Jahre alt, aus Moshaisk, Mädchen, leidet seit 7 Jahren an Menorrhagien. Seit 2 Jahren Behinderung im Uriniren, Schwere im Unterleibe, Brustbeklemmung; seit dem Herbste vorigen Jahres eine Geschwulst im Leibe bemerkt.

Bei der Untersuchung erwies sich diese Geschwulst als Fibromyom, von der vorderen Wand ausgehend und mit der grösseren Hälfte in die Bauchhöhle hineinragend. Länge des Cavum ut. $3^{1}/_{2}$ Zoll, der Fundus mit der Geschwulst steht 3 Querfinger weit unterhalb des Nabels.

Die Behandlung war dieselbe wie im vorher erwähnten Falle, Secal. cornut. subcutan, Tinct. Jodi und Tinct. Opii intrauterin, Liq. ferri sesquichl. innerlich, zur Zeit der Menses Einspritzungen mit Essig, Tamponade mit Glycerin, Bandage. Patientin verbrachte 6 Wochen in der Anstalt; bei ihrem Austritte am 5. Juni ergab sich, dass die Geschwulst derber geworden und niedriger stand als die beim Eintritt in die Anstalt auf die Bauchdecken gezeichnete Linie angab. Das Gefühl von Schwere im Leibe sowie die Harnbeschwerden belästigten Pat. nicht mehr, die Menses waren viel weniger reichlich und schwächten die Kranke bedeutend weniger, auch die Brustbeklemmungen traten seltener auf.

Bericht
aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von
Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Fortsetzung.)

Als *Peritonit. chron. villosa* könnte der folgende Fall bezeichnet werden:

53j. Mann, bei welchem in Anbetracht des rasch sich entwickelnden Marasmus, der Fieberbewegungen, des Mangels von Symptomen eines Stauungsödems oder einer Lebercirrhose und endlich des tödtlichen Verlaufes eine Peritonitis tuberculosa erwartet wurde. Es fand sich: In der Bauchhöhle ca. 3000 gelblichen, leicht getrübten Transsudates; das Peritonäum parietale (namentlich seitlich), der Peritonäalüberzug der Därme (wenig) und des Mesenteriums übersäet mit zahlreichen feinen stecknadelkopf- bis fast linsengrossen Knötchen und feinen kleinen Zöttchen. Die Knötchen an der Basis eingeschnürt; pendelnd, polypös, namentlich am Mesenterium sehr dicht stehend. Das Netz atrophisch, dünne Membranen versehen mit einer Unzahl von Zöttchen und Knötchen. Diese letzteren bestehen am Netz aus atrophischem Fettgewebe, am Mesenterium und Peritonäum parietale aus grobfaserigem Bindegewebe. Keine Tuberculose. — Cirrhosis Hepatis. Milzkapsel verdickt, von zahlreichen knorpelharten ca. stecknadelkopfgrossen weisslichen Plättchen und Knötchen bedeckt (Perisplenitis cartilaginea).

Von tödtlich verlaufenen genuinen Erkrankungen des *Magens* seien hier kurz erwähnt, zwei Fälle von Narbenstrictur des Pylorus — 2 Männer, die kachektisch zu Grunde gingen — und ein Fall von Ulcus rotundum ventriculi. Der Patient, ein 52jähriger Jude, wurde fast sterbend eingebracht: Seit 5 Jahren Magensymptome, Erbrechen schwarzbrauner Massen; Empfindlichkeit der Magengegend, Succussionsgeräusch. Magen hochgradig dilatirt, die grosse Curvatur reicht in situ bis über die Nabelhöhe nach abwärts, längs der kleinen Curvatur 4 Ulcera, das erste (ca. 5 Cm. im Durchmesser) etwa einen Cm. von der Cardia entfernt, das zweite (ca. 2 Cm. im Durchmesser), 15 Cm. vom ersten entfernt, das dritte und vierte hart am Pylorusring (je 1 Cm. Durchmesser). Der scharfe Rand des fast kreisförmigrunden ersten Ulcus wird von einem keilförmig zugeschärften 2—3 Mm. weit überragenden Schleimhautfalz gebildet, ist also unterminirt; den Grund bildet die wie sauber präparirt daliegende Muscularis. Die Magenhäute sind am Rande des Ulcus verdickt, am stärksten die Submucosa; die übrigen Ulcera von dem bekannten flachtrichterförmigem Aussehen und verschieden tief, keine Arteriosklerose.

Der zur Section gelangte Fall von Hernia incarcerata betraf ein 40j. Weib, linksseitige Inguinalhernie; incarcerirt und gangränös war ein 8 Cm. langes Stück Dünndarm, 80 Cm. oberhalb der Valv. Bauhini, Umfang des Ileum oberhalb der Einklemmung 9—12 Cm., unterhalb 3,5 Cm.; diffuse fibrinös-eitrige Peritonitis, sehr geringe Menge flüssigen Exsudats.

Die Zahl der zur Section gelangten Fälle *nicht* tuberculöser *Caries* beläuft sich auf 3. Der erste Fall endete tödtlich durch eine suppurative Pleuritis lat. sin., angeregt durch Caries der 7. und 11. Rippe; den folgenden Fall theile ich ausführlicher mit:

Joh. Stein 50 a. n., Landwirth, aufg. d. 1. Obtob. 1883, bemerkte zu Anfang Juni eine Geschwulst in der Reg. subinguinal. sin., welche sich allmälig vergrösserte und dann auch in der rechten Leistengegend auftrat. Trauma hatte nicht stattgefunden. Es fand sich die vordere und innere Seite des linken Oberschenkels im oberen Drittheil von einer Geschwulst eingenommen, die sich unter das linke Lig. Poupart. hindurch in das Cavum abdominis hinein erstreckte. Die Oberfläche des Tumors fühlte sich gleichmässig glatt an, die Haut verdünnt aber verschieblich, durch Probepunction wird flüssiges, nicht mehr frisches Blut entleert; colossale Abmagerung, höchster Grad von kachektischen Aussehen und Anämie. Die Geschwulst vergrösserte sich nicht weiter; 6 Tage vor dem Tode trat Throm-

bose der rechten Ven. femoral. mit consecutivem Oedem des Beines ein. Tod unter schnell zunehmender Schwäche. Die Diagnose war auf einen malignen, vom linken Femur ausgegangenen und in die Beckenhöhle hinein gewucherten Tumor (Osteosarkom?) gestellt. Abgesehen von einigen unwesentlichen Organveränderungen fand sich nach Eröffnung der Bauchhöhle und Zurückschlagung des freien Netzes und der mässig meteoristisch aufgetriebenen Därme das kleine Becken und der untere Theil des grossen Beckens ausgefüllt von einer in 2 ungleiche Theile getheilten Geschwulst. Die Theilung wird bewerkstelligt durch eine tiefe Furche, in welcher die Art. iliac. sin. verläuft. Der rechte, grössere und höhere Theil des Tumors reicht mit seiner Kuppe fast bis zur Nabelhöhe, der linke, kleinere ist nicht ganz so hoch; die Oberfläche der Geschwulst ist überall von glattem, spiegelndem Peritonäum überzogen, dasselbe schlägt sich von den Bauchwandungen her auf die Geschwulst hinüber und zwar seitlich in der Höhe der Spin. ant. sup. des Darmbeins, vorne 5 Ctm. über der Symphyse; hinten senkt es sich tief in die Excavat. recto-vesical., welche links etwas verstrichen, rechts stark verengt erscheint, indem der Tumor nach hinten auf den Mastdarm drückt. Dickdarm dilatirt, in die Höhe geschoben, durch den Druck der geblähten Flexur. hepatic. ist an der unteren Seite des rechten Leberlappens eine deutliche, flache Excavation entstanden. Die Art. und Ven. iliaca sin. verlaufen, wie erwähnt, auf der Oberfläche der Geschwulst, die Art. und Ven. il. d. senken sich hinten in dieselbe ein ebenso verschwinden die leicht dilatirten Ureteren im hinteren unteren Theile des Tumors; von der Harnblase ist nichts zu sehen. Etwas nach aussen von der Mitte des *rechten* horizontalen Schambeinastes lässt sich eine subperitonäal gelegene 3 Ctm. lange und 1 Ctm. breite knochenharte Platte durchfühlen. Sonst hat der Tumor eine ziemlich prall-elastische Consistenz. Nach den Ergebnissen der Palpation scheinen die Tumormassen des kleinen Beckens in continuirlichem Zusammenhange zu stehen mit der Geschwulstmasse, welche an der Innenfläche des rechten Oberschenkels unter dem Lig. Poupart. beginnend etwa faustgross sicht- und fühlbar ist. Die Präparation ergab nun, dass die gesammte Tumormasse eine einzige colossale *Blutcyste* war, entstanden durch subperitonäale Blutungen in Folge von Caries des linken horizontalen Schambeinastes und der benachbarten Beckenknochen. Der Sack war erfüllt von Blutgerinnseln verschiedensten Alters, in welchen sich zahllose kleine Brocken und Krümel cariöser Knochensubstanz vorfanden. Der linke horizontale Schambeinast fast vollständig nekrotisch zerstört, ebenso die nach der Beckenhöhle hinsehende Fläche des Acetabulums; im Centrum ist dasselbe perforirt, Lig. teres zerstört, an seiner Anheftungsstelle der Oberschenkel cariös; in nekrotischem Zerfall begriffen auch der absteigende Schenkel des Os pub. und die angrenzenden Theile des Os ischii. Art. und Ven. iliaca sin. sowie die grossen Gefässstämme der Reg. inguinal sin. vollkommen erhalten, sie verlaufen auf der Cystenwand, mannigfach zerstört sind aber zahlreiche in die Tiefe dringende kleinere Gefässe — Thrombosirung und nekrotischer Zerfall. Hier hat die Blutung begonnen. Das Blut hat sich Anfangs möglicherweise nur am Oberschenkel in den muskulären Bindegewebsräumen gesenkt, dann aber das Peritonäum des kleinen Beckens unterwühlt und abgehoben. Links wurden die grossen Beckengefässe mit emporgehoben und leisteten später dem weiteren Wachsthum des Tumors Widerstand, indem sie als derber Strang über ihn hinwegziehend, denselben einem Druck von oben aussetzten. Das Blut wühlte sich nun nach rechts hin weiter, schälte links den Peritonäalüberzug der Harnblase los, ergoss sich vor und hinter dieselbe und drängte sie schliesslich stark nach rechts hinüber — die Harnblase lag innerhalb der Blutcyste, hinten, vorn und an der linken Seite von Blut umspült, am Scheitel und rechts jedoch theilweise noch in innigem Zusammenhang mit dem Peritonäum durch derbe schwartige Massen, der Blasenhals lang ausgezogen, der Fundus der rechten Darmbeinschaufel anliegend, das ganze Organ von der Gestalt einer schlanken Birne. Von den rechtsseitigen Beckengefässen war der peritonäale Ueberzug nur eine kurze Strecke weit abgehoben, sie verliefen im Grunde des Sackes — die Vene mit einem Thrombus versehen, welcher sich bis weit in die Vena femoralis hineinerstreckte. Die Wandungen des Sackes bestanden an seiner Innenfläche aus harten, derben fast schwieligen graugelben Massen, welche auf dem Durchschnitt Andeutung von Schichtenbildung erkennen liessen. Ueber dem *rechten* Schambeinaste sass subperitonäal das schon erwähnte Knochenstück — es hatte ehemals dem *linken* horizontalen Schambeinaste angehört und war durch die allmälige Verdrängung des Peritonäums durch das Blut an seinen jetzigen Fundort gerathen. Irgendwelche Spuren eines malignen Neaplasmas fanden sich nicht.

In einem anderen Falle von Caries des linken Schambeinastes und des linken Acetabulums (Fedor Skolsky 24 a. n.) hatte der Process zu weitgehenden Minirungen, Bildung von verzweigten Gängen etc. in den das linke kleine und grosse Becken auskleidenden Muskelmassen geführt. Colon desc. und die Flex. sigm. an mehrfachen Stellen mit dem Peritonäum parietale durch feste Exsudatmassen verklebt — an drei Stellen umfangreiche Perforation der angehefteten Darmabschnitte von der Serosaseite her. Der Eintritt von Koth in die Minengänge bedingte seinerseits weiteren Zerfall und endlich Lösung der Verklebungen an der am meisten nach vorne- unten gelegenen Perforationsöffnung, Kothaustritt in die Bauchhöhle und tödtliche perforative Peritonitis. In diesem Falle waren die cariösen Zerstörungen des Knochens nicht so weit gediehen wie in dem erst geschilderten, doch war es interessant zu sehen, wie verschieden sich schliesslich das path.-anat. Bild zweier durchaus gleicher Erkrankungen in ihren Folgen gestalten könne.

(Schluss folgt).

Referate.

Prof. W. J. Dobrowolski: Ueber den Unterschied in der Farbenempfindung bei Reizung der Netzhaut an einer einzigen Stelle oder an mehreren Stellen. (Westn. Oft. Chod. 1884, I, 3. Heft. pag. 236—240.)

Prof. E. Fick (Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. XVII, pag. 152) brachte in einem Karton kleine Löcher an und fand, dass er durch eine einzige Oeffnung (von 0,6 Mm. Grösse) die Farbe eines hinter dem Karton befindlichen, grell beleuchteten farbigen Papieres in 6½ Meter Entfernung fast nie in dem richtigen Farbentone erkennen konnte, während dieses bei 16 kleineren Oeffnungen (0,47 Mm.) die in der Form eines Quadrates (je 4 in einer Reihe bei 20 Mm. Abstand) gruppirt waren, wohl der Fall war. Im ersten Falle betrug der Sehwinkel (bei einer Oeffnung) 19 Sec., im zweiten Falle für jede der 16 Oeffnungen 15 Sec. Noch deutlicher trat dieser Unterschied hervor, wenn der Beobachter 9 Meter von dem Karton entfernt war, dann war die einzelne Oeffnung überhaupt sichtbar unter einem Gesichtswinkel von 14,3 Sec., dagegen jede der 16 unter einem von 10,8 Sec. — Hieraus schliesst nun Fick, dass im letzteren Falle, obgleich der Beobachter 16 *getrennte* Eindrücke erdält, *letztere sich dennoch bei der Farbenempfindung verstärken*.

Bei seinen Untersuchungen sorgte Dobrowolski dafür, dass das durch die (0,725 Mm. im Durchmesser betragenden) Oeffnungen sichtbare farbige Papier oder das gleichfalls benutzte farbige Glas gleichmässig beleuchtet wurde und dass alles störende Seitenlicht ausgeschlossen war. Benutzt wurden: eine einzige Oeffnung und dann 3 Gruppen von je 16 Oeffnungen, bei denen der gegenseitige Abstand 20 Mm., 10 Mm. und 5 Mm. betrug. Hierbei erhielt Dobrowolski:

	Für roth.		Für grün.	
	Entfernung in Metern.	Sehwinkel.	Entfernung in Metern.	Sehwinkel.
Bei *einer einzigen* Oeffnung . . .	3⅓	44,8"	4	37,4"
Bei 16 Oeffnungen in 20 Mm. Abstand	4⅓	34,5"	4⅔	32"
» » » » 10 » »	6⅔	22,4"	6	24,9"
» » » » 5 » »	8	18,7"	6⅔	22,4"

Wie man aus dieser Tabelle ersieht, fand Dobrowolski bei einem gegenseitigen Abstande der Oeffnungen von 20 Mm. keinen solchen Unterschied in der Farbenwahrnehmung, wie Fick. Für roth und grün war die Differenz am grössten, was D. aus der grösseren Intensität dieser Farben erklärt. — Es war schon Fick bekannt, dass der Unterschied für *intensivere* Farben *grösser* war. Dieser Umstand spricht für den Einfluss der Zerstreuungskreise.

Bei 3—4 Meter Entfernung erschienen die 20 Mm. von einander abstehenden 16 Löcher zwar getrennt, aber nicht scharf begrenzt, wie in der Nähe, sondern sternförmig. Diese Sternfiguren vergrösserten sich mit wachsender Entfernung. (D. fügt hier hinzu, dass seine Augen eine normale Refraction besitzen, und dass Gläser keinen bemerkenswerthen Einfluss auf das Resultat hatten).

In Bezug auf den gegenseitigen Abstand der Oeffnungen des Schirmes fand D. constant: *je kleiner der gegenseitige Abstand der Oeffnungen war, um so grösser war die Entfernung, in welcher sie dem Auge farbig erschienen.*

Dasselbe Resultat erhielt er bei der Anwendung von kleinen farbigen Quadraten (½ Cm.). Ein solches Quadrat erschien noch farbig in 6 Meter Entfernung, dagegen 16 (bei einem Abstande von 5 Mm.) in 12 Meter Entfernung. Hierbei waren die Zertrennungskreise so gross, dass die farbigen Quadrate zusammenzufliessen schienen.

Aus diesen Resultaten schliesst Dobrowolski, dass die weitere Wahrnehmbarkeit mehrerer getrennter Oeffnungen gegenüber einer einzigen Oeffnung hauptsächlich durch Zertrennungskreise bedingt werde. Diese Annahme erhält eine Stütze in der Beobachtung, dass die Oeffnungen sternförmig erscheinen und um so weiter farbig gesehen werden, je näher sie bei einander stehen, d.h. je eher die Zerstreuungskreise zusammenfliessen können.

D. weist die Fick'sche Annahme (s. o.) nicht zurück, sondern giebt ihr nur eine andere Erklärung, indem er für getrennte Reizstellen einer Netzhaut ein analoges Verhalten annimmt, wie es bekanntlich beim binocularen Sehen gegenüber dem monocularen eintritt: nämlich eine Verstärkung der Sehschärfe. K—e.

Prof. J. Mikulicz (Krakau): Beitrag zur Lehre von der Wundbehandlung. (Prz. lek. № 1 u. ff. 1884).

Die vom Verf. angegebene Statistik über die Resultate seiner Wundbehandlung liefert den besten Beweis für die Thatsache, dass Asepsis in verschiedener Weise erreicht werden kann. Es galt doch einmal: — ausser Lister keine Rettung! keine Asepsis! Bitterer Irrthum! Die Methode tritt in den Hintergrund. Die Hauptsache ist, dass man jede aseptische Methode streng durchführt, indem man das Ziel derselben, Fernhalten der pathogenen Keime von der Wunde, fest im Auge behält. Die von Mikulicz und Mosetig-Moorhof vorgeschlagene Jodoformbehandlung der Wunden wurde von Wernich, Maas und Rydygier sehr scharf angegriffen. Die beste Antwort auf diese Angriffe giebt diese Tabelle, welche die Resultate aller vom Verf. in Krakau während der letzten 12 Monate ausgeführten Operationen zusammenstellt. Die Resultate müssen als glänzend angesehen werden, obwohl die Verhältnisse der Krakauer Universitätsklinik, nach Verf. Schilderung und Ref. eigener Kenntniss derselben, erbärmlich primitiv sind. Um dem Leser einen Begriff davon zu geben, will ich nur sagen, dass seit jener Zeit als die österreichische Regierung die Kliniken im J. 1848 von der Krakauer Republik übernommen hatte, sie buchstäblich gar nichts für die Verbesserung derselben gethan hat. Auf demselben Corridor, wo sich die Krankensäle befinden, liegt auch das Secirzimmer. Wegen Platz- und Bettmangels liegen die Kranken entweder zu Zweien im Bette, oder zwischen den Betten auf der Diele. Der Operationssaal ist nur für 50 Hörer eingerichtet. Die Zahl der Zuhörer eines Curses in den letzten Jahren ist bis über 160 gestiegen; man kann sich wohl das Gedränge vorstellen. Kein Wartezimmer für die ambulatorischen Kranken. Man lässt sie in den Krankensälen auf den schon besetzten Krankenbetten sitzend warten! Der Ruf der Klinik war bis zur letzten Zeit sehr schlecht. Erysipel, Pyämie und Septicämie hausten unter Verf.'s Vorgängern beständig. Und lassen wir jetzt die Zahlen sprechen: Unter 180 grösseren Operationen (innerhalb der Klinik) wurden 178 geheilt, 2 sind gestorben, doch nicht an accidentellen Wundkrankheiten. In 8 Fällen trat eine entzündliche Eiterung auf. Ein Mal Erysipel bei einer alten Frau, bei welcher ein Gesichtskrebs exstirpirt wurde. Unter diesen Operationen finden wir: 12 uncomplicirte Amputationen (4 amp. femoris, 4 cruris, 3 humeri, 1 antibrachii); 4 Fingerexarticulationen; 7 grössere Gelenkresectionen (1 res. coxae, 2 resect. genu, 2 Mal cubiti, 2 osteoplastische der Fussohle); 4 Osteotomien; 1 complicirte Fractur, 14 ausgiebige Auslöffelungen der fungösen Gelenke; 10 Sequestrotomien. 7 Kropfexstirpationen; 14 Mammaamputationen (ein Todesfall in Folge von Sublimatvergiftung); 42 Mal Exstirpationen grösserer Tumoren; (ein Todesfall in Folge von acuter Anämie. Grosser Blutverlust während der Operation). 2 radicale Hydrocelenschnitte; 2 Mal Unterbindung der Carotis; 4 Nervenresectionen; 3 Nervennähte; 19 plastische Operationen; 5 Zungenexstirpationen; 4 Oberkieferresectionen; 2 Unterkieferresectionen; 1 Pharyngotomie; 3 Exstirpationen nasopharyngealer Polypen; 3 Auslöffelungen von Rhinoscleroma in der Nasenhöhle; 5 Mastdarmexstirpationen (darunter zwei Mal Eröffnung der Bauchhöhle); 17 Hämorrhoidenoperationen (mit Thermocauter); 6 Fälle von Mastdarmfisteln; 5 Fälle von Penisamputation, (3 Mal Thermocauter, ein Mal mit dem Messer, ein Mal mit dem Ecraseur); 1 Urethrotomia externa; 1 seitlicher Steinschnitt; 7 totale Uterusexstirpationen per vaginam wegen Uteruskrebs; 5 partielle Hysterotomien per vaginam; 3 Exstirpationen von Uterusfibromen per vaginam; 6 vesicovaginale Fisteln; 1 rectovaginale Fistel.

Ausserdem wurden noch 4 Operationen an bereits septisch erkrankten Individuen vorgenommen, die sämmtlich letal endeten: 1 Herniotomie (3 andere Herniotomien geheilt). 1 Mastdarmexstirpation (an einer anderen Stelle vom Verf. beschriebener Fall); 1 Fall von Colotomie, wo der Mastdarmkrebs zwei Wochen nach der Operation den Darm perforirte. Der vierte Fall betrifft eine Laporotomie bei Volvulus, wo eine Peritonitis schon längere Zeit vor der Operation erkannt wurde. Pyämie und Tetanus kamen gar nicht vor. Verf. operirt ohne Spray und bedient sich zur Irrigation einer Carbol- oder Sublimatlösung. Ziemacki.

S. Guttmann (Berlin): Ein Fall von multipler Neuritis. Vorgetragen im Congress für innere Medicin. (D. med. Woch. 1884. 19.)

Der Fall betrifft eine in guten Verhältnissen lebende, 42 Jahre alte Frau, welche nie geboren hat, regelmässig menstruirt ist und sich einer kräftigen Constitution erfreut. Sie erkrankte mit Schmerzen im Kreuz, in den oberen und unteren Extremitäten, welchen bald eine derartige motorische Schwäche folgte, dass sie 5 Tage später das Bett nicht mehr verlassen konnte und weitere 4 Tage später eine fast totale motorische Lähmung der unteren Extremitäten, des Rumpfes und theilweise der oberen Extremitäten constatirt werden konnte. Die Schmerzen exacerbirten namentlich des Nachts in Paroxysmen und waren begleitet von dem Gefühl der Formication und schmerzhaftem Eingeschlafensein. Status praes: Absolute Paraplegie, nur sehr minimale Zehenbewegungen, Unfähigkeit den Rumpf in sitzender Stellung zu erhalten, hochgradige Parese der oberen Extremitäten, stärker rechts als links; am besten waren noch die Fingerbewegungen erhalten. Sensibilität kaum betheiligt, ebenso war gute Wahrnehmung der passiven Bewegungen vorhanden. Der Charakter der Lähmung war ein schlaffer; die Sehnenreflexe waren vollständig aufgehoben. Der Puls hatte eine erhöhte Frequenz. Vollkommen intact war die Respiration, Blase und Darm; der weitere Krankheitsverlauf ergab Atrophien diffusen Charakters. Jodkali und methodische Faradisation der gelähmten Muskeln erzielten nach 3 Monaten allmälig vollständige Heilung. Puls wurde troz der grossen Jodkalidosen normal. Für eine Poliomyelitis sprechen die Atrophien, die sich in genau constatirten Differenzen in dem Volumen der Wadenmuskeln sowol, wie in Differenzen der Volumina der beiden Ober- und Vorderarme manifestirten — ferner die absolute Schlaffheit der Lähmung, wie die Aufhebung der Sehnenreflexe, doch war kein vollständiger Verlust der faradischen Erregbarkeit vorhanden. Gegen eine gewöhnliche Myelitis mit zeitweilig progressivem Verlauf sprach das Erloschensein der Reflexe, besonders der Sehnenreflexe, die normale Sensibilität, die normale Function der Blase und des Mastdarms, das gewiss empfindlichste Reagens für Myelitis. — Man konnte noch an Rückenmarkstumor denken, weil infiltrite Tumoren die Sensibilität verhältnissmässig sehr wenig zu beeinträchtigen brauchen und eine sich daran anschliessende centrale Myelitis oder ein Oedem den Ausfall der Reflexe erklären konnte.

Es zeigte sich aber in gewissen Gebieten eine deutliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; auch fanden sich Unterschiede in der elektrischen Erregbarkeit an den Füssen der beiden Seiten. Die Stellung der Zehen war links in der Ruhelage eine abnorm gestreckte, so dass von den antagonistischen Muskelgruppen die Flexoren in ihrem Tonus also mehr gelitten hatten. Auch der Peroneus longus hatte eine stark herabgesetzte Erregbarkeit besonders bei intramusculärer Reizung; er liess sich intramusculär nicht isolirt reizen, stets wurden durch Stromschleifen der Tibialis anticus und der Extensor longus mit beeinflusst. Ferner bestand in der Muskulatur des Daumenballens rechts eine Herabsetzung der Erregbarkeit. —Wir sehen also, dass einzelne Muskeln ein verschiedenes Verhalten in ihrer elektrischen Erregbarkeit und deutliche Differenzen in ihrem Tonus zeigen. Doch geschieht dies nicht in einer bestimmten Gruppirung wie bei der Poliomyelitis (Remak). Der Befund ergiebt, dass es sich hier um eine *diffuse Erkrankung des peripherischen Nervensystems* gehandelt hat, die in dem befallenen Gebiete eine Lähmung bewirkte, aber nur in einzelnen willkürlich herausgegriffenen Nervengebieten so hochgradig wurde, dass eine erhebliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit daraus resultirte. Es war aber nicht die sogenannte schwere Form der peripheren Lähmung und thatsächlich ist der Verlauf ein günstiger gewesen. Die Schmerzen, Hyperaesthesie und der günstige Verlauf sprechen ebenfalls für die periphere Neuritis, aetiologisch hat sich nichts feststellen lassen. Dr. Hertzka.—Karlsbad.

Tripier: Die Behandlung der Prostatahypertrophien. (Bullet de thérap. 15 Juni 1884.)

Tr. behandelt die Hypertrophien der Vorsteherdrüse mit dem inducirten Strome, welchen er in der Weise applicirt, dass er eine, an dem vordern Ende nicht isolirte, etwas gekrümmte Urethralelektrode bis in die Pars prostatica der Harnröhre, eine andere, olivenförmige ins Rectum bis zur Prostata einführt, dann den Anfangs schwachen Strom schliesst und ihn allmälig durch Zusammenschieben der Rollen verstärkt; Dauer der Sitzung 5—10 Minuten. In den Fällen von unmöglicher Einführung des Katheters in die Harnröhre wendet Tr. eine doppelte Rectumelektrode an, deren Oliven mit den beiden Polen isolirt verbunden und an einem Stabe angebracht sind: die Wirkung derselben ist aber eine viel schwächere, als die combinirte Methode. — Ferner empfiehlt er folgende Masse zu Suppositorien: Rp. Argillae plasticae 500,0, Aq. destillatae 50,0, Kalii jodati 30,0, Glycerini 100,0. Aus dieser Masse werden Zäpfchen von 0,1 KJGehalt angefertigt.

Gegen die varicösen Venen der Prostata, welche so häufig deren Hypertrophie compliciren, räth Tr. die Tinct. Cardui Mariae zu 12—15 Tropfen in einem Glase Wasser Abends zu nehmen und dazwischen Pausen von 4—5 Tagen zu machen; zugleich fügt er den Stuhlzäpfchen bei Abwesenheit von Reizungssymptomen die Hälfte der in den Suppositorien befindlichen Jodkalimenge Extr. Digitalis hinzu, bei Abwesenheit von Tenesmen und dergl. nur ¼. Hz.

O. Berger: Paraldehyd. (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1884, № 4.)

In der kurzen Notiz über Paraldehyd hebt B. besonders dessen absolute Gefahrlosigkeit gegenüber dem Chloralhydrat hervor. Auch möchte er es gerade in den Fällen angewandt wissen, wo Chloral bereits erfolglos oder contraindicirt war. — Die Dosis schwankt zwischen 3—6 Grm. während von anderen Autoren (Buchwald) schon nach einem Grm. günstige Wirkungen erzielt sein sollen. Um das Mittel, dessen Geruch und Geschmack sehr unangenehm, leichter geniessbar zu machen, hat B. es jetzt in einer Emulsion nehmen lassen von folgender Zusammenstellung:

Rp. Paraldehydi
Gummi Mimos. āā 18,0.
f. c. Aq. destill. Emuls. 150,0.
Syrup. Amygdal. 30,0.

DS. 2 Esslöffel auf 1 Mal zu nehmen. Falls nach 2 Esslöffel Emulsion (3 Grm. Paraldehyd) nicht die gewünschte Wirkung eintritt, kann nach ½ Stunde die Gabe wiederholt werden. S.—

Prof. v. Mosetig-Moorhof: Die Anwendung der Glühhitze in der Medicin. (Wien. Klinik, I. Heft, Jan 1884).

Die Glühhitze hat schon seit Alters her zu therapeutischen Zwecken Verwendung gefunden. Während man sich früher des Glüheisens bediente, ist seit 1876 der Thermocautère von Paquelin in Gang. Die galvanokaustischen Instrumente 1854 von Middeldorpf in die chirurgische Praxis eingeführt, können, namentlich bei Operationen in Körperhöhlen nicht durch den Paquelin'schen Thermocautère ersetzt werden. Während der Application der Glühhitze werden die Nachbargewebe, wenn an der Körperoberfläche operirt wird, durch nasse Compressen oder nach Voillemier durch Bestreichen mit Collodium geschützt. In Körperhöhlen bedient man sich zu diesem Zwecke der Spatel oder Specula. Verf. empfiehlt für die thermischen Operationen am Mastdarm ein dreiblättriges Mastdarmspeculum, dessen Construction durch eine Abbildung anschaulich gemacht wird und das vor den bisherigen Speculis den Vorzug haben soll, dass es leichter zu handhaben sei, den Assistenten entbehrlich mache und das Operationsfeld ganz besonders gut bloslege.

Verf. unterscheidet eine directe und indirecte Application der Glühhitze. Direct wird die Glühhitze zum Zwecke 1) der Gewebstrennung, 2) der Gewebszerstörung und 3) der Blutstillung angewandt. Betreffs der ersteren Indication bediente man sich früher der Galvanokaustik bei Amputationen von Gliedmaassen in Fällen, wo Blut gespart werden musste — ein Verfahren, das seit der Einführung der künstlichen Blutleere obsolet geworden ist. Heutzutage kann die galvanokaustische Schlinge allerdings das Messer zur Abtragung gewisser Neubildungen ersetzen; doch wird eine Einschränkung auch hier geboten sein, einmal weil die Galvanokaustik nicht vor Nachblutung aus grösseren Gefässen sichert und andererseits weil sie gefahrbringende entzündliche Reaction zur Folge haben kann. Zur Zerstörung von Gewebe findet die Glühhitze ihre Anwendung und leistet bekanntlich viel bei vergifteten Wunden (durch Schlangenbiss, Hundsgift etc.); ferner bei den Gefässneubildungen und schliesslich bei den hypertrophischen oder prolabirten Schleimhäuten. Als Blutstillungsmittel ist die Glühhitze bei Blutungen aus grösseren Gefässen nicht ausreichend und bei parenchymatösen Blutungen empfiehlt Verf. lieber zum antiseptischen Tampon zu greifen. Die indirecte Application der Glühhitze auf die dem Krankheitsherde nächst gelegenen Gewebspartien verspricht gewissen Erfolg bei entzündlichen, tuberculösen Processen und Neuralgien. D.

Millard: Albumin, seine Benennung, Erkennung und die Bedeutung der Albuminurie. (New-York Medic. Rec. 1884. May 31.)

Nachdem M. dafür plaidirt, dass das Eiweiss nicht Album*en*, sondern Album*in* genannt werden soll, geht er auf die verschiedenen Eiweissproben bei der Harnuntersuchung genauer ein und findet, dass nur drei derselben tadellos seien, die mit Jodquecksilberkali (Tauret), mit wolframsaurem Natrum, mit Carbolsäure (Millard). Die Taure t'sche Lösung wird folgendermaassen bereitet: 3,32 Grm. Jodkalium werden auf dem Boden eines Glases mit so viel destillirtem Wasser übergossen, als zur Lösung nöthig ist, in einem anderen Glase werden 1,35 Quecksilberbichlorid mit einer genügenden Menge destillirten Wassers in eine breiige Masse verwandelt, auf welche die im ersten Glase befindliche Lösung längs der Glaswand unter fortwährendem Schütteln langsam gegossen wird; hierbei röthet sich das Quecksilberbijodid sofort intensiv. Diese Mischung wird umgerührt und zu ihr so lange tropfenweise destillirtes Wasser hinzugefügt, bis die Rothfärbung geschwunden ist, und dann mit 80 Cc. destillirten Wassers und 20 Cc. Essigsäure versetzt und filtrirt; die so erhaltene Flüssigkeit ist durchsichtig, fast farblos und lässt sich lange Zeit unzersetzt aufbewahren. (Capitan). Mit ihr kann 0,0035 Eiweiss in 1 Liter Harn nachgewiesen werden, bei der Prüfung wird in das mit Urin gefüllte Reagenzgläschen mittelst einer Pipette die Flüssigkeit längs der Wand so lange hineingeträufelt, bis eine wolkige Trübung sich zeigt, welche beim Erwärmen entweder unverändert bleibt oder sich in Flocken auflöst. Am besten ist es, zuerst die Probeflüssigkeit und dann den Harn in das Röhrchen zu lassen, wobei an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten sich eine bläuliche Scheibe zeigt. Der Niederschlag, welchen die Tauret'sche Mischung in starken Lösungen von Morphium und Strychnin giebt, ist durch Hitze und Alkohol nicht löslich, wohl aber in schwachen Lösungen; Mucin wird auch gefällt, löst sich aber beim Erhitzen in feine Fädchen auf. Die ebenso empfindliche Probeflüssigkeit des Vf. besteht aus: Rp. Acidi carbolici glacialis (95%) dr. duas. Acidi acetici puri dr. septem, Liquor. kalii carbonici unc. duas dr. sex. M. — Die Reaction mit wolframsaurem Natron ist tadellos und zeigt nur die Anwesenheit von Eiweiss an.

Gelegentlich des *Vorkommens von Eiweiss im Harn gesunder Menschen*, das schon von Gubler, Ultzmann, Vogel, Dukes, Leube, Morely, Rooke, Saundly, Senator u. A. constatirt worden ist, berichtet Vf. über Versuche, die er an gesunden Soldaten angestellt hat. Bei 98 Soldaten, welche 2 Tage lang geruht hatten, fehlte Eiweiss vollkommen bei 54, bei 20 war 0,007 auf 1000,0, bei 2 0,15, bei den übrigen mehr vorhanden. Bei 120 Soldaten wurde unmittelbar nach dem Erwachen bei 92 Eiweiss gefunden, 10 Mal 0,001—0,005 pro 1000,0, bei 33 0,02—0,03, bei 22 0,12, bei 199 Soldaten nach anstrengenden Uebungen wurde Eiweiss entdekt in 170 Fällen, am meisten nach kalten Bädern und grossen Anstrengungen, 0,25‰ und mehr.

Vf. giebt die Möglichkeit zu, dass Eiweiss unter normalen Verhältnissen im Harn auftreten könne, aber immer in kaum messbarer Menge und meint, dass Albuminurie immer auf einem krankhaften Processe beruhe. Hz.

Chapin: Bleilähmung bei Kindern. (New-York Medic. Record 1884. May 17). (Aus der Klinik von Prof. Lewis Smith).

Zwei Brüder Robert und Thomas W-, 5 resp. 7 Jahre alt, waren immer gesund gewesen und hatten nur an Keuchhusten gelitten. Thomas befiel in der Neujahrsnacht 1883, am folgenden Tage auch Robert mit Leibschmerzen krank, welche allmälig sich steigerten, etwa 4 Wochen dauerten und anfallsweise auftraten; dann fingen die Kinder an über Schwäche und Schmerzen in den Beinen zu klagen. Ende Januar konnten sie nicht mehr stehen und zeigten bald eine complete Paraplegie, welche sich etwa im Laufe eines Monats etwas besserte, aber nach einem zweiten Colikanfall sich wieder verschlimmerte; dasselbe fand Mitte Mai statt und hatte sich die Lähmung (vorwiegend in den Extensoren) bei Thomas auf die Arme verbreitet. Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte der ältere Knabe eine blaue Linie zwischen den Schneidezähnen und dem Zahnfleische am Unterkiefer, Extensorenlähmung beider Unterarme mit Verschontbleiben der Supinatores longi und der Zehenstrecker; der jüngere Knabe bot einen geringeren Grad der Affection dar, zeigte weder einen Bleirand, nach Lähmung der Arme.

Das ätiologische Moment bestand hier in dem Umstand, dass der Vater der beiden Kinder, ein Maler, die Wände des Zimmers, in welchem sich die Knaben längere Zeit aufhielten, mit weisser Bleifarbe angestrichen hatte; eine Woche nach dem Anstreichen erkrankten die Kinder.

Die in der Klinik constatirte Besserung hielt nicht lange vor und hatte sich der Zustand, nachdem verschiedene Colikanfälle vorangegangen waren, bedeutend verschlimmert, so dass beim älteren Knaben eine starke Stomatitis und intensive Extensorenlähmung bestand, beim jüngeren eine Lähmung der Handstrecker hinzugetreten war. Wieder in die Klinik aufgenommen, besserten sich die Kinder insoweit, dass die Extensorenlähmung an den Händen und die Stomatitis verschwanden, eine Schwäche aber in den Streckern am Oberschenkel beiderseits zurückblieb. Da das Blei aus dem Zimmer sorgfältig entfernt worden war, so war für diese *Recidive* kein ursächliches Moment aufzufinden.

Ch. berichtet über einen dritten Fall bei einem 2½-jährigen Mädchen, welches von einem anderen Arzte mit Bleiwasser (℥ij Plumbum aceticum auf 1 Pint Wasser bei einer Eiterung des Daumens behandelt worden war. Die Mutter legte dauernd Compressen mit der Bleiacetatlösung auf die Wunde und hielt den kranken Finger zeitweilig im Bleiwasser; nach einigen Tagen wurden beide Beine schwach, in 4—5 Tagen vollkommen gelähmt, der Zustand besserte sich aber nach Entfernung der bedingenden Ursache und wurde das Kind nach einem Monate gesund. Hz.

J. Scheef: Die Entfernung von Eiresten nach Abortus mittelst Curette und Kornzange. Aus dem gynäkologischen Curs des Herrn Privatdocenten Dr. Martin in Berlin. (Med. Corresp. Bl. des Würtemb. ärztl. Landesvereins № 12 1884).

In der Einleitung macht der Verfasser die Collegen, welche nach Berlin kommen, um sich weiter zu entwickeln, aufmerksam auf die gynäkologischen Curse für praktische Aerzte an der Privatanstalt des Dr. Martin. Die noch junge aber bereits erweiterte Anstalt erfreut sich eines guten Rufes, verfügt über reichhaltiges Material und bietet wie gesagt den praktischen Aerzten gerade die Möglichkeit, sich in dieser Branche zu vervollkommnen. Aus der Anzahl der während zweier Curse ausgeführten Operationen, greift Verf. als für den praktischen Arzt namentlich wichtig, die Entfernung der Eireste nach Abortus heraus und schildert die Operationsmethode und die Vortheile derselben, wie sie bei Martin geübt wird. Wo der Cervicalkanal für den Finger durchgängig oder ohne grosse Anstrengung mit dem Finger zu erweitern ist, werden die Abortusreste in der bekannten Weise entfernt, dass während ein oder mehrere Finger der einen Hand in die Uterinhöhle dringen die andere von den Bauchdecken aus die Gebärmutter gleichsam nach unten entgegenstülpt. Falls auf diese Weise oder mit dem Höning'schen Handgriff (ähnlich wie bei Expressio placentae) die Entfernung der Eireste nicht gelingt, so solle man, wenn der Cervicalkanal eng ist oder der Uterus und die Bauchdecken sehr empfindlich, keine Zeit mit künstlichen Quellmitteln wie Pressschwamm etc. verlieren, sondern sofort mit der Roux'schen Curette in die Uterushöhle eindringen, die verwachsenen Eireste abkratzen und mit der Kornzange herausziehen. — Gefahren sollen, wie zahlreiche Fälle beweisen, dabei nicht zu fürchten sein. Mehrere Fälle wurden ambulatorisch ausgeführt. Zuweilen war die Blutung etwas stärker, doch konnte sie leicht gestillt werden. gewöhnlich stand sie von selbst, sobald alle Abortreste entfernt waren. — Die Methode wäre in Kürze folgende:

Narcose, Rückenlage mit angezogenen Hacken, von 2 Assistenten gehalten. Reinigung der Genitalien, mit schwacher Sublimatlösung desinficirt. Der Uterus wird mit einer Muzeux'schen Hakenzange vorgezogen, dann die Curette eingeführt, nach allen Seiten mehreremal herumgedreht und die gelösten Fetzen herausbefördert. Darauf wird mit der Kornzange das Uebrige entfernt. Das wird solange fortgesetzt, bis nichts mehr im Uterus zu fassen ist. Die Blutung wenn sie stark ist, steht nach heissen Douchen (0° C.) oder nach Einspritzung 1/3 Braun'scher Spritze lig. ferri. Wo die Blutung nicht zu stillen ist, muss die Art. uterina umstochen werden einerseits oder doppelseitig; nur muss die Ligatur bald wieder gelöst werden, da sie den Patienten schmerzhaft ist. — Nachbehandlung, Bettruhe, Diät, Stuhlregulirung. Verf. hebt hervor dass bei dieser Methode im Gegensatz zur langsamen Eröffnung des Cervicalcanals vermittelst Pressschwamm die dadurch ermöglichte Infection fortfällt. Die Blutungen hörten nach der Auskratzung fast immer sofort auf, der Uterus bildete sich in normaler Weise zurück.

Gegen den dieser Methode gemachten Vorwurf, dass die Abrasion der Uterusschleimhaut zur Sterilität führe, führt Vf. die Beobachtungen Duvelins an derselben Anstalt an, nach dessen Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle die Frauen wieder concipirten.

L—s.

Prof. E. Küster (Berlin): Ueber eine besondere Methode der Laparomyomotie. (Centrbl. f. Gynäkol. 1884. № 1.)

Bei einer Laparomyomotomie wegen eines subserösen und eines tief gegen das Collum uteri hinabreichenden und das ganze kleine Becken ausfüllenden interstitiellen Myoms verfuhr Vf. derart, dass er nach Ausschälung des Tumors aus seinem Peritonäalüberzuge und nach Keilexcision und Vernähung des Uterusstumpfes die grosse hinterbliebene Wundhöhle im Becken mit Jodoformgaze tamponirte und den die Wundhöhle „tabaksbeutelartig" umschliessenden Geschwulstmantel in den unteren Winkel der Bauchdeckenwunde hineinnähte.

Die grosse Wundfläche und der peritonäale Ueberzug der exstipirten Geschwulst konnten auf diese Weise extraperitonäal behandelt werden. Vf. zieht sein Verfahren der von Schröder und Martin empfohlenen Peritonäalnaht vor, weil die Naht seiner Ansicht nach vor Nachblutung und Infection nicht schütze, während die die Wundhöhle ausfüllende Jodoformgaze mehr Garantie dafür bietet. Im besprochenen Falle war der Wundverlauf fieberlos. Am 5-ten Tage wurde der Jodoformtampon entfernt, der übelriechend war. Daher wurde Jodoformpulver in den Sack geblasen und ein Drain applicirt. Zwei Tage darauf übelriechender Ausfluss aus der Vagina, wohl vom Peritonäalsacke herrührend; doch wurde der Ausfluss bald durch Scheidenausspülungen beseitigt. In der 5-ten Woche verliess Pat. das Bett und war 6 Wochen post operat. geheilt. Vf. hatte in diesem Falle nicht gleich drainirt; doch empfiehlt er in ähnlichen Fällen die Drainage durch's hintere Scheidengewölbe. D.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker. Unter der Specialredaction von Dr. A. Wernich und Prof. A. Hirsch. Lieferungen 3—4 pag. 161—713. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg 1884.

Bereits in № 11 der Wochenschrift a. c. haben wir bei Besprechung der ersten 2 Lieferungen das Programm dieses neuen Riesenwerkes eingehend dargelegt und besprochen. Die nun vorliegenden Lieferungen bringen den Buchstaben C bis Chavasse. Soweit wir das Werk bis jetzt kennen gelernt, bietet es eine Fülle des Interessanten, denn durch die Lebensbeschreibungen der einzelnen Personen blicken bald hie bald da auch ihre Anschauungen, sowie der Geist der Zeiten hervor und bieten so eine Ergänzung zu den meist so trocken geschriebenen Geschichten der Medicin.

Wie es nun aber natürlich nicht anders sein kann, so finden wir auch in diesem Sammelwerke im vollsten Sinne des Wortes die bekannte Ungleichheit in der Verarbeitung des Stoffes. Bei mancher lebenden, im Grunde recht unbedeutenden Persönlichkeit (nomina sunt odiosa) finden wir eine genaue Biographie mit Anführung jeden kleinen Wochenblattartikels, bei anderen bedeutenderen Männern nur so gar kurze Notizen. Wir würden für die weiteren Lieferungen doch etwas mehr kritische Sichtung wünschen, wollen den geehrten Vff. jedoch durchaus dabei keinen Vorwurf machen, denn wir sind uns der enormen Schwierigkeiten bei dieser Arbeit wohl bewusst.

Da die «Correspondenz der Redaction» in der 9.—10. Lieferung (die zugleich den Schluss der ersten Bandes bildet) ausdrücklich für die verschiedenen eingesandten «Ergänzungen» dankt und um weitere Berichtigungen für die Supplemente bittet, so wollen wir gern einige kleine Notizen hinzufügen, speciell mit Hinsicht auf die Aerzte Russlands, die uns etwas stiefmütterlich behandelt erscheinen.

Vor Allem vermissen wir bei B einige Namen. Erstens Friedrich Baerens: stud. Medicin in Dorpat 1814—1815 darauf in Deutschland. Er erwarb sich einen bedeutenden Ruf als praktischer Arzt in Riga, wo er längere Zeit Stadt- und Polizeiarzt, wie auch Oberarzt des Armenkrankenhauses war. Ein bleibendes Denkmal hat er sich durch die Errichtung der «Wittwe Reimers'schen Augenheilanstalt in Riga» erworben. Seine Thätigkeit auf med.-literärischem Gebiete ist ebenfalls bemerkenswerth. Durch seine Bemühungen wurden 1849 die «*Beiträge zur Heilkunde*, herausgegeben von der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga» gegründet, deren Redacteur er zum Theil war und die bis zum Jahre 1860 erschienen, im Ganzen 12 Hefte. Baerens hatte auch in Gemeinschaft mit Wilpert, Mercklin und v. Mebes die genannte Gesellschaft 1822 gegründet, deren erster Secretair er war. B. starb zu Riga 1863.

Ferner hätten 2 andere Aerzte Riga's der Erwähnung verdient: Brutzer, der Gründer und langjährige Leiter der Irrenanstalt Rothenburg bei Riga und Eugen Bochmann, der gegenwärtige Director des Stadtkrankenhauses, der sich um den Bau dieses Muster-Barackenhospitales äusserst verdient gemacht hat. Derselbe studirte 1854—59 in Dorpat und liess sich erst in Bolderaa, dann in Riga nieder. Eine ganz bedeutende Leistung ist B's. «*Geschichte der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga von 1822—1872*». Riga. Kymmel 1872. 145 pag. 4. Gegenwärtig erwirbt B. sich Verdienste durch Hebung des Sanitätswesens in Riga. Von russischen Collegen ist im Lexicon der frühere Prof. der Psychiatrie an der Medicochirurgischen Academie Balinski ausgelassen worden, und doch war er einer der bedeutendsten Psychiater Russlands.

Pag. 608 der Liefrg. 9.—10. finden wir eine kurze Notiz über L. Buchholtz, in welcher gesagt ist, dass durch seine Versetzung in «ein unbekanntes Garnisonstädtchen Polens» nichts weiter zu ermitteln ist. Wir können hier ergänzen: Leonid Buchholtz studirte in Dorpat 1870—1875 und erhielt für seine Preisschrift «über die Ernährungsverhältnisse der Bacterien» die er unter Prof. Dragendorff und Prof. Bergmann geschrieben die goldene Medaille 1874. Nach seiner Promotion war er kurze Zeit Militärarzt in Polen und ging darauf als Landarzt nach Livland, wo er noch gegenwärtig auf Gut Marienburg lebt. Durch sein Lebensstellung hat er bisher nicht weiter literärisch thätig sein können. Dieses ist charakteristisch für die Stellung unserer Landärzte, die bisher jetzt noch so isolirt dastehen, denn die Gründung von regelmässig abzuhaltenden Aerztetagen in den Ostseeprovinzen wurde bekanntlich nicht gestattet. So entbehren sie eines Centrums, welches anregt und zu Mittheilungen die Hand bietet.

Ferner wäre noch zu erwähnen, dass Rudolph Brenner bekannt durch seine Leistungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie Arzt in St. Petersburg war, 1876 als Professor nach Leipzig berufen wurde und jetzt in Folge eines Schlaganfalles in Merseburg ein geknicktes Leben führt.

Von Ausländern vermissen wir im Lexicon Brehmer, bekannt durch Gründung des Höhencurortes in Görbersdorf. Bei Gustav Bunge, dem Docenten in Dorpat hätten wir gern seine bedeutenden Schriften citirt gefunden, desgleichen bei Charcot, der etwas kurz abgehandelt ist.

Soviel zur Ergänzung. Im Ganzen können wir nur wiederum das Werk den Collegen empfehlen und dürfte es in keiner Vereinsbibliothek fehlen. P.

Bernatzik und Vogl: Lehrbuch der Arzneimittellehre mit gleichmässiger Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Pharmakopoe. Urban & Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1884. 8° 288 S.

Beim Erscheinen eines neuen Werkes über Arzneimittellehre fragt man sich unwillkürlich nach der Berechtigung dazu, da bereits eine Menge sehr guter Handbücher dieser Disciplin vorhanden sind: wir erinnern nur an die Harnack'sche Bearbeitung des Buchheimschen Lehrbuchs und die Binz'schen Vorlesungen. Vorliegendes Werk bietet in keiner Weise etwas Originelles, sondern giebt in etwas trockener Weise eine vollständige Aufzählung der gebräuchlichsten Arzneimittel. Da eine Vorrede nicht vorhanden ist, so können wir über den Plan und das pharmakologische System des Buches nicht urtheilen und geben vorläufig die Ueberschriften der einzelnen Capitel wieder, wobei wir eine eingehendere Besprechung des Buches bis zur Vollendung desselben uns vorbehalten. I. Prephylaktica: 1) Antiparasitica, 2) Antidota. 3) Antiseptica. II. Emollientia: 4) Amylacea, 5) Saccharina, 3) Mucilaginosa, 4) Pingnedines, 5) Glutinosa. III Tonica: 1) Amara, 2) Peptica, 3) Martialia, IV. Adstringentia et Balsamica. V. Acida: a) Acida anorganica, b) Acida organica. VI. Alterantia et Resolventia. — Diese Systematisirung hinkt wie alle anderen, denn z. B. eine Bandwurmcur ist keine prophylaktische, sondern eine therapeutische Maassregel und Stärke gewiss kein erweichendes Mittel. Doch sind dieses nur Aeusserlichkeiten und müssen wir die Klarheit und Vollständigkeit in der Abfassung der einzelnen Abschnitte durchaus rühmen. Druck und Ausstattung sind vorzüglich, nur möchten wir das Abbrechen des Textes mitten im Satze auf der letzten Seite tadeln, möglicherweise stehen aber einem anderen Modus typographische Hindernisse im Wege. Hz.

Dr. Baron Peter Maydell †

Am 18. Sept. d. J. Abends um 9 Uhr schied der Inspector der Medicinalverwaltung der Hauptstadt, Geheimrath Baron Peter von Maydell nach 4tägigem Krankenlager, aus diesem Leben, tief betrauert von Allen, die ihn gekannt.

M. entstammte einem alten und weitverzweigten baltischen Adelsgeschlechte, welches dem Vaterlande viele und treue Diener gegeben hatte. Er ist geboren am 6. Nov. 1819, auf dem damals seinem Vater gehörigen Gute Moisama in Estland im Land-Wierschen Kreise, aus der zweiten Ehe seines Vaters, der in erster Ehe 9, in zweiter 5 Kinder gehabt hat. Seine erste Bildung erhielt der Knabe in der später so bekannt gewordenen Krümmer'schen Erziehungsanstalt; die ausgezeichneten Pädagogen Krümmer und Josef Mortimer haben auf die ihnen in grosser Zahl zugeführten Schüler und Zöglinge einen vortrefflichen Einfluss ausgeübt, und M. hat stets in dankbarer Liebe dieser Männer gedacht. Im December 1837 verliess er die Schule, um die Universität Dorpat zu beziehen, wo er sich dem Studium der Medicin widmete. Er schloss sich an die Verbindung Estonia, und seine liebsten Erinnerungen gehörten den frohen Studienjahren, in welchen er eifrig sich am Studentenleben betheiligte, ohne aber sein Studium zu vernachlässigen, zu dem ihm namentlich von den Professoren Volkmann, Bidder, Walther, Pirogow reiche Anregung wurde. Nach 5-jährigem Studium verliess er die alma mater mit dem gelehrten Grade eines Arztes, — (im Jahre 1842 wurde der Doctorgrad nicht ertheilt), und da er ein Stipendium von der Krone bezogen hatte, musste er für 5 Jahre eine Stellung antreten, die er sich selbst nicht wählen konnte. Er erhielt zu seinem grossen Leidwesen den Posten eines jüngeren Arztes des Kosakenheeres in Orenburg — fern von der Heimath, an der Grenze von Asien. Der russischen Sprache unkundig, bedrückt von der Aussicht, in weiter Ferne eine geistig isolirte Stellung einzunehmen, reiste er im Mai 1843 an seinen Bestimmungsort ab, das Herz von Heimweh und trüben Ahnungen bedrückt. Doch ist die Zeit in Orenburg für ihn eine glückliche geworden: er fand dort in hervorragender Stellung den Dr. Carlos Rosenberger vor, den späteren Generalstabsdoctor der Flotte, mit dem ihn später enge Freundschaft verband, und der ihm die Wege in der Fremde in freundlichster Weise zu ebnen wusste. Von allen seinen Vorgesetzten in Orenburg wurde dem jungen Militärarzt in wohlwollendster Weise begegnet, und schon 3 Monate nach seinem Eintreffen ward er aus dem Militärdienst in den Dienst der sog. Grenzcommission übergeführt, welche zum Ministerium des Auswärtigen ressortirte, was eine wesentliche Besserung seiner Lage bedeutete. Seine neue Stellung brachte ihn vielfach in Beziehung zu den Kirgisenstämmen, und zwei Mal hat er, gleich einem Nomaden, in dienstlicher Stellung lange Reisen zu Pferde, unter den grössten Strapazen und auch Gefahren in verschiedene Districte des Kirgisenlandes gemacht, die Sitten und Gebräuche dieser Stämme studirt, und reiche Erinnerungen heimgebracht; die 2. dieser Reisen war z. B. eine Vergnügungsreise und führte ihn in den Ural, wo er verschiedene Bergwerkstädte wie Katharinenburg, Slatoust u. A. unter äusserst günstigen Umständen kennen lernen konnte. Rosenberger verliess Orenburg schon wenige Monate nach Maydells Ankunft, und überliess diesem seine Privatpraxis, ihm dadurch ein weiteres Feld der Wirksamkeit und zugleich eine materielle Existenz sichernd. Das Jahr 1848 brachte der Stadt eine verheerende Choleraepidemie, während welcher von 13,000 Einwohnern 7800 der Seuche erlagen, und unter ihnen auch viele Aerzte. Die schwere Arbeit jener Zeit hat die Thatkraft und die praktischen Kenntnisse des strebsamen Arztes gestählt und gefördert, der gelegentlich dieser Epidemie zum Stadtarzt ernannt wurde, — ein Posten, der dann erst creirt ward. Nun waren die 5 obligatorischen Dienstjahre um, und, neben der Sehnsucht nach Hause, trieb es Maydell fort, um das Doctorexamen zu machen und sich die Möglichkeit zu schaffen, alle Stufen einer dienstlichen Laufbahn zu ersteigen. Schon damals richtete sich sein Interesse auf Hygiene, und seine, nach abgelegtem Examen vertheidigte Dissertation über die medicinische Topographie Orenburgs, ist in weiten Kreisen beachtet worden. Er ward am 2. Juni 1849 in Dorpat zum Dr. med. promovirt. Im Herbst desselben Jahres kehrte er nach 9monatlicher Abwesenheit nach Orenburg zurück, wo der Generalgouverneur Perowski ihn beredete, dort seine Laufbahn fortzusetzen. Es zog Maydell aber mächtig fort in den Westen, in die Nähe der Heimath, so viel Interesse ihm auch das vielgestaltige, orientalische Treiben der Steppenstadt abgewonnen hatte. Im Juni 1851 traf er im elterlichen Hause in Reval ein, um bald darauf den Versuch zu machen, sich in Petersburg eine Existenz zu gründen, ein um so mehr motivirter Wunsch, als er sich im December desselben Jahres verlobte. Er wurde an dem zeitweiligen Kalinkinhospital angestellt, dessen Oberarzt Rosenberger war, — konnte sich aber in der Hauptstadt nicht einleben. Im Februar 1852 erkrankte er an einer bösartigen Intermittens (vielleicht recurrens?) und genas erst nach 2monatlichem Krankenlager. Unterdess war das zeitweilige Hospital, an dem M. angestellt war, aufgehoben, und er sowohl, als die anderen dort angestellten Aerzte wurden dem medicinischen Departement zugezählt. In dieser Stellung erhielt Maydell den Auftrag, die Gouvernements Tula, Kaluga, Wladimir und Rjasan zu bereisen, und sich von der Durchführung eines ministeriellen Befehles, betreffend die Hygiene der Fabrikarbeiter, zu unterrichten.

Diese Reise hat ihm die nähere Kenntniss von der Organisation der Medicinalpolizei in den Gouvernementsstädten eingetragen. Im August 1852 wurde M. mit der Frau getraut, die ihm 32 Jahre lang treue Lebensgefährten geblieben ist, und die er als tief um ihn trauernde Wittwe hinterlassen hat. Er zog mit seiner junger Gattin nach Petersburg, — ergriff aber die ihm gebotene Gelegenheit, in die Stellung des Oberarztes des Tambowschen Stadthospitales einzutreten, die er, höchst unerquicklicher Verhältnisse wegen, nach wenigen Monaten mit der befriedigenden Stellung des Inspectors der Medicinalverwaltung in Orel vertauschte. Die Jahre in Orel waren M. stets in lieber Erinnerung: Ein grosser Wirkungskreis inmitten guter Collegen, ausgedehnte Privatpraxis, anziehende gesellige Verhältnisse machten ihm das Leben lieb, und nicht mit leichtem Herzen gab er dem Ruf Folge, der ihn von dort in die Hauptstadt brachte. Die medicin. Gesellschaft in Orel, die noch besteht, deren Präsident er war und deren Ehrenmitglied er bis zu seinem Tode geblieben ist, hat er ins Leben gerufen; später sind nach dem Vorbilde dieser Gesellschaft noch viele andere in verschiedenen Gouvernementsstädten gebildet worden. In der Orelschen Zeit liegen die Jahre des Krimkrieges, die viel Arbeit brachten, und die darauf folgenden lebensvollen ersten Regierungsjahre des hochseligen Kaisers Alexander II., die Aufhebung der Leibeigenschaft, die Einführung der Landschaftsverfassung, fallen in diese Zeit, in der M. ein Projekt für die Organisation der medicinischen Verwaltung der Landschaft auf den Wunsch des Adelsmarschalls schuf. Ferner erschien in der Zeit ein Aufsatz aus Maydell's Feder über die epidemische Diphtherie, der in der damaligen med. Zeitung Russlands veröffentlicht ist. Im Familienleben brachte ihm jeine Zeit Freude und bitteres Leid: Zwei Kinder wurden ihm geboren, aber das ältere der beiden, ein liebliches Mädchen von 7 Jahren, erlag der Diphtherie, — ein Schmerz, den die trauernden Eltern nie überwunden haben.

Im Jahre 1863 wurde Maydell der Vorschlag gemacht, an die Spitze des Physikates in Petersburg zu treten, in welchem wesentliche Reformen unabweislich waren. Der Entschluss, Orel zu verlassen, war kein leichter, — es galt eine einigermaassen gesicherte Existenz aufzugeben und einen schwierigen Posten einzunehmen, der für die damit verbundene Arbeit nur sehr kärgliche materielle Entschädigung bot. Die Rücksicht auf die Erziehung seines Sohnes, von dem der Vater sich nicht trennen wollte, überwog alle Bedenken, und im Mai 1864 siedelte Maydell als neuernannter Stadtphysicus nach Petersburg über.

Hiermit beginnt der letzte und bedeutungsvollste Abschnitt dieses an interessanten Episoden so reichen Lebens. Auf Rosen war der neue Stadtphysicus nicht gebettet und es traten gewaltige reformatorische Aufgaben an ihn heran, zu deren Lösung es der Sachkenntniss, der Energie und der redlichen Gesinnung bedurfte, die sich in seiner Persönlichkeit fanden. Er begann damit, den complicirten administrativen Apparat, aus dem das damalige Physikat bestand, welches aus einem Collegium gebildet war, zu vereinfachen, und die ganze Executive in die Hand des einen Inspector's zu legen; in derselben lag ja die Regelung aller hygienischen Verhältnisse einer grossen Hauptstadt, in welchem auf dem Gebiete geordneter Gesundheitspflege nahe zu Alles zu wünschen übrig war. Im Jahre 1865 wurde Maydell vom Minister des Innern beauftragt die betreffenden Einrichtungen in den bestorganisirten Hauptstädten kennen zu lernen, und die Reise, die er in diesem Auftrage machte, ist reich an Resultaten gewesen. Sie bezog sich auf Deutschland, die Schweiz, Frankreich, England und Belgien, wo er überall, mit den besten Empfehlungen versehen, die beste Aufnahme fand, und an der Hand der kundigsten Fachgenossen seine Studien machen konnte. Die lebendigen Schilderungen, die er im Kreise seiner Collegen von den gesehenen Einrichtungen, von den bedeutenden Fachmännern, die er kennen gelernt hat, machte, leben frisch im Gedächtniss seiner Zuhörer. Die Fragen über Canalisation und Abfuhr, die damals die med. Welt bewegten, studirte er in Berlin, Hamburg, Frankfurt und Paris. Namentlich interessirten ihn die grossartigen, im Sinne der Hygiene in Paris unter der Aegide Napoleons III und Hausmann's ausgeführten Strassenanlagen, die Licht und Luft in die früher ungesunden Stadttheile brachten, die Einrichtungen verschiedener Krankenhäuser u. A. m. In Paris kam er in die Lage in der Académie de médecine einen Vortrag über die Epidemie der Rinderpest zu halten, welche aus Oesterreich nach England im Jahre 1866 eingeschleppt worden war, und fälschlicher Weise einem Import von Schlachtvieh aus Reval nach London zur Last gelegt wurde. Der Vortrag ist in den Bulletin's der Academie abgedruckt.

In demselben Jahre wurde Maydell zum berathenden Mitgliede des Medicinal-Conseils, zum Mitgliede des Curatoren-Conseils des Maximilian-Krankenhauses ernannt, und zum Ehrenpräsidenten des Verwaltungsrathes des Evangelischen Hospitales erwählt, dem er bis an sein Lebensende warmes Interesse bewahrt, und während seiner 14-jährigen Präsidentschaft viel Arbeit gewidmet hat.

Als 1866 Trepoff zum Oberpolizeimeister von Petersburg ernannt wurde, gestaltete sich die Stellung des Physikates sehr viel günstiger, insofern als es unter dem officiellen Namen «hauptstädtische Medicinalverwaltung» (Столичное врачебное управленiе) direct diesem klugen und energischen Manne unterstellt wurde. Maydell wusste das Interesse seines Vorgesetzten, — der ihm bald ein Freund

wurde, für Hygiene zu wecken, und General Trepoff verstand bald die ungeheure Bedeutung richtiger sanitätlicher Einrichtungen für das Wohl der seiner Sorge anvertrauten Stadt zu würdigen. So war es denn Maydell sehr erleichtert, seine Vorschläge zu praktischer Durchführung zu bringen. Es wurde unter dem Vorsitz des Stadthauptmannes die Sanitätscommission ins Leben gerufen, die über alle hygienischen Fragen und deren Ausführung zu berathen hatte. Von dieser Commission gingen alle anderen wichtigen Schöpfungen aus. Dahin gehört die unter zäher Opposition der Geistlichkeit durchgesetzte Schöpfung der ausserstädtischen, an den Eisenbahnen liegenden Kirchhöfe, die Einrichtung des Centralbureaus aller Civilhospitäler, durch welches es ermöglicht wurde, dass die früher so häufige Aufnahmeverweigerung in den Hospitälern nur noch ausnahmsweise vorkommen kann. Ferner wurden die Mittel geschafft, um eine statistische Wochenliste über die Krankenbewegungen zusammenzustellen; die Einrichtung der über die ganze Stadt vertheilten kleinen Gebärasyle verdankt ihre Entstehung der Initiative Maydells und Trepoff's, eine Einrichtung, welche sich in ihrem 15jährigen Bestehen als höchst praktisch und nutzbringend bewährt hat. Endlich muss noch der Apothekerfrage erwähnt werden, die seit Jahren ein Gegenstand mühevoller Commissionsarbeiten gewesen ist; sie betrifft die Interessen des Publikums sehr nahe, die in dieser Frage nothwendigen Reformen sind von Maydell in Angriff genommen und zum grossen Theil auch durchgeführt worden. Nicht unerwähnt mögen die Reisen bleiben, die M. ex officio zu den hygienischen Congressen in Brüssel und Paris 1876 und 78 gemacht hat, — aus denen er mancherlei für unsere Verhältnisse Nutzbares beimzubringen verstand. — Die Skizze, die von dem Leben des Entschlafenen hier gegeben ist, konnte nur knapp und flüchtig die Thatsachen aneinander reihen, deren innerer Zusammeng leicht verständlich ist.

Ein nach innen und aussen reiches Leben ist es, welches jetzt abgeschlossen vor uns liegt, ein Leben voll fruchtbringender Arbeiten zum Besten des Gemeinwohles, — das Leben eines Mannes, der standhaft und muthig dem vorgesteckten Ziele zustrebte, unbeirrt durch Gunst und Ungunst der Menschen und Verhältnisse. Ein echter baltischer Edelmann, hat Maydell immer und überall die Unabhängigkeit seiner Ueberzeugung zu wahren und mit Mannesmuth sie zu vertreten gewusst. Ihm war es nie zu thun um seine Person, aber mit dem ganzen Feuer eines lebhaften Temperamentes, mit der gewiegten Kenntniss eines Fachmannes und dem Gewicht einer von Allen hochgeachteten Persönlichkeit vermochte er erfolgreich zu fördern und durchzusetzen, was er in der weiten Sphäre seines Wirkungskreises für recht und nothwendig hielt. Alles was auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege in den Jahren geschaffen worden ist, in denen dieselbe seiner Leitung unterstand, verdankte seine Entstehung Maydell's Initiative, und das ist kein Geringes. Wenn wir die sanitären Einrichtungen unserer Hauptstadt, wie sie vor 20 Jahren waren, mit denen vergleichen, deren wir uns heute erfreuen, so erkennen wir die kräftige und sachkundige Hand, welche dieselben zu einer hohen Vervollkommnung gebracht hat. Mit grossem Fleisse und grosser Gewissenhaftigkeit studirte der Dahingeschiedene Alles, was in der civilisirten Welt in seinem Fache geleistet wurde; — nicht blos in der Theorie, auch durch eigene Anschauung suchte er auf seinen zahlreichen Reisen seine Kenntnisse in den einschlägigen Fragen zu erweitern, um dann das Brauchbare in seinem Wirkungskreise unseren Verhältnissen anzupassen und zum Besten seiner Mitbürger nutzbar zu machen. Wer da weiss, was es heisst, gegen passiven Widerstand anzukämpfen, kann ermessen, welche Fülle von Arbeit und Energie von Maydell daran gesetzt ist, um zu den Resultaten zu gelangen, die er erreicht hat.

Die zahllosen und zeitraubenden Sitzungen verschiedener Comités, in welchen die theoretischen Vorberathungen über einzuführende Reformen des Sanitätswesens gepflogen wurden, sind oft nur der kleinere und weniger mühevolle Theil seiner Arbeiten gewesen. Der grössere und schwerere lag ihm allein ob, — die beschlossenen Einrichtungen ins Leben zu rufen und functioniren zu machen. Wie viele Schwierigkeiten gab es da oft zu überwinden, und so manche Aeusserung des Unmuthes im engen Freundeskreise legt Zeugniss davon ab, wie schwer ihm der Kampf gegen bösen Willen, Indifferenz und Unwissenheit ins Leben gegriffen hat. Andererseits aber war es eine Freude zu hören, wie gern und freudig er seine Anerkennung jedem Arbeiter zollte, der sich treu und gewissenhaft der Lösung ihm gestellter Aufgaben unterzog. So gestaltete sich Maydell's Verhältniss zu seinen Untergebenen oft zu vertrauensvoller, gegenseitiger Freundschaft. Da er selbst in harter Arbeit seine Schule durchgemacht hatte, wusste er genau, was und wie viel er von seinen Untergebenen zu fordern hatte, und gewiss ist, dass er mit Absicht sicher nie jemand ein Unrecht gethan, wohl aber Vielen, sehr Vielen hilfreich in ihrer Laufbahn zur Seite gestanden hat.

Wahrheitsliebend, freundlich, wohlwollend im persönlichen Verkehr, hat er sich wohl ebenso viele treue Freunde erworben, als es Menschen giebt, die das Glück hatten, mit ihm in nähere Beziehungen zu treten. Die Empfindungen, welche an seinem Grabe zum Ausdruck kamen bezeugen es, dass es ein edler und treuer Mann war, der dort zur letzten Ruhe gebettet wurde.

Friede seiner Asche!

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Spitalul № 6.
— Commmentario clinico № 2.
— Refraction und Sehschärfe der Augen der Schüler des Stadtgymnasiums nach den im Jahre 1881 u. I. Halbjahr 1882 stattgehabten Prüfungen von Dr. L. Zwingmann.
— Madère étudiée comme station d'hiver et d'été par Dr. J. Goldschmidt. II. edit. A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris 1884.
— Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark, Vortrag von Dr. J. Kratter. — Leuschner & Lubensky. Prag 1884.
— v. Ziemssen's Handbuch des speciellen Pathologie und Therapie. X. Bd. Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Dr. C. Schröder. 6. Aufl. Mit 189 Abbild. F. C. W. Vogel. Leipzig 1884.
— Die acuten Infectionskrankheiten von Dr. B. Küssner und D. R. Pott. Uebersetzt von Dr. J. Goldendach. — A. Wassiljew. Moskau 1884. (russ.).
— Medicinisches Recepttaschenbuch von Dr. O. Liebreich und Dr. A. Langgaard. — Th. Fischer. Berlin 1884.
— Therapeutisches Lexicon von Dr. A. Winkler. — F. C. W. Vogel. Leipzig 1884.
— Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Nach den in den Feriencursen gehaltenen Vorträgen bearbeitet von Dr. A. Martin. Mit 164 Holzschn. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1885.
— Medicinische Chemie in Anwendung auf gerichtliche, sanitätspolizeiliche und hygienische Untersuchungen, sowie auf Prüfung der Arzneipräparate. Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Sanitätsbeamte und Studirende von Dr. E. Ludwig. Mit 24 Holzschn. und 1 Farbendrucktafel. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1885.
— Grundriss der operativen Geburtshilfe für prakt. Aerzte und Studirende von Dr. Fr. Schauta. Mit 30 Holzschnitt. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1885.
— Memorabilien № 5.
— Zur Geschichte der Cholera, speciell der Cholera-epidemie in Breslau von Dr. R. Kayser. — Preuss & Jünger. Breslau 1884.
— Luft, Licht und Schall in Bezug auf Schulhygiene von W. v. Reichard. — Riga, N. Kymmel.
— Pacific medical and surgical journal and Western lancet. July 1884 № 1.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. März 1884.

1) Dr. V. Schwartz legt ein aus seiner Klinik stammendes Präparat von *Osteomyelitis acuta* der linken *Tibia* vor. Bei einem 9-jährigen Knaben fand Dr. S. 6 Tage nach einem stattgehabten Schlage gegen das linke Schienbein das ausgeprägte Bild der Osteom. acuta. Bei der Operation am 10. Tage nach der Verletzung erwies sich die ganze Tibia vom Periost entblösst und in den Epiphysen gelockert; sie wurde in den Epiphysen in toto resecirt. Verlauf bisher günstig.

2. Dr. Miram verliest seinen Vortrag über die *Gonorrhoe* und die *Gonokokken*. Nach Referat über die in Betreff der Natur des Trippers seit ältester Zeit vertretenen Anschauungen berichtet Vort. ausführlich über die seit Neisser's erster Mittheilung erschienenen Beobachtungen über die Gonokokken. Vortr. konnte die Gonokokken in 8 daraufhin untersuchten Fällen in verschiedenen Stadien nachweisen, ebenso in dem Secret eines Falles von Blennorrhöa neonat. und demonstrirt dieselben in mehreren Präparaten. Ihre Specificität ist für Vortr. seit dem Versuch von Bokhard in den Untersuchungen von Petrone und Kammerer unzweifelhaft. Die Erklärung der sog. Trippermetastasen als durch Aufnahme von Kokken in die Lymph- und Blutbahn entstanden ist naheliegend. Das von Leistikow zu Injectionen empfohlene Sublimat hat sich Vortr. nicht bewährt. Mehrere Pat. klagten über heftiges Brennen nach der Injection, auch war keine besonders günstige Wirkung zu constatiren. Letzteres sei nicht auffallend, da ein grosser Theil der Kokken in der Submucosa und in den Schwellkörpern sitzt, von der Lösung nicht erreicht wird.

Dr. Stavenhagen und Dr. Mandelstamm heben hervor, dass die Frage nach der Identität der Gonokokken und der bei blennorrhoischen Augenaffectionen vorkommenden Kokken noch nicht endgültig erledigt sei. Nicht jede Ophtalmoblennorrhöa neonat. habe einen specif. Ursprung.

Dr. Krannhals hatte bei Untersuchung des Secrets von 6 Fällen von Blennorrh. neon. und 2 Fällen von Conjunctivitis gonorrhoica den Eindruck, als ob die Kokken besonders zahlreich auftreten, wenn das Secret oben anfängt eitrig zu werden, spärlicher sind sie im ersten Stadium der wässerigen Secretion. Bei antiseptischer Behandlung schienen sie bald an Menge abzunehmen.

Dr. Miram: ebenso verhalten sich die Kokken beim Tripper. Die in Rede stehende Identitätsfrage könne allerdings erst durch Züchtung resp. Impfversuche bewiesen werden.

Dr. Zwingmann hält es nicht für unmöglich, dass unter dem klinischen Bilde der Blennorrhoea neonat. *zwei* Krankheitsprocesse zur Beobachtung kommen, von denen der eine, die bösartigsten Fälle umfassend, vielleicht auf dem Wege der Infection mit virulentem Vaginalsecret, der andere auf nicht specifischem Wege zu Stande komme. Secretair: Dr. Mercklin.

Sitzung vom 21. März 1884.

Dr. Krannhals hält den angekündigten Vortrag über «die Tuberculose als Infectionskrankheit» (veröffentlicht in der St. Pet. Med. W. 1884 № 27 ff.) In der Discussion bemerkt Dr. Carlblom, dass wenn die Tuberculose eine Geltung als Infectionskrankheit behalte, die Anhäufung von Phthisikern in geschlossenen Specialheilanstalten schwer gerechtfertigt werden könne.

Dr. Krannhals ist derselben Anschauung. In einzelnen Anstalten (Falkenstein) sei übrigens strenge Desinfection, bes. der Sputa durchgeführt.

Dr. Wolferz: Wenn Dr. Krannhals behauptet, es sei nicht gelungen, durch Fütterung mit tuberculösem Sputum Darmtuberculose zu erzeugen, habe er die positiven Versuche von Fischer und Baumgarten übersehen.

Dr. Krannhals: Diesen ihm wohl bekannten Versuchen stände eine Fülle negativer Versuche gegenüber. Bei Sectionen menschlicher Leichen habe er bis jetzt beim Antreffen von tuberculösen Darmgeschwüren stets auch Knötchen in den Lungen gefunden, so dass der Annahme einer Verbreitung des Virus durch die Blutwege nichts entgegenstand. Wie die Culturversuche lehren, bedürfen die Bacillen sehr der Ruhe, um sich zu entwickeln, daher sei der normale Darm wenig zu Tuberculose disponirt. Wo sich Erosionen der Schleimhaut bereits finden, können sich die Bacillen leichter entwickeln.

Dr. Hampeln: Mit Recht habe Virchow darauf aufmerksam gemacht, dass die durch Koch festgestellte «bacilläre Phthise» nicht mit der Tuberculose im Allgemeinen identificirt werden dürfe. Die in der Armenpraxis häufige sog. Phthisis pituitosa und andere Formen haben vielleicht keinen Zusammenhang mit den Bacillen. Die specielle Pathogenese der verschiedenen Formen der Phthise bedürfe noch sehr der Aufhellung.

Dr. Krannhals betont, dass der nicht gelingende Nachweis von Bacillen in casu noch nichts gegen die bacilläre Natur des betr. Falls beweise. So können z. B. bei ausheilenden Fällen im Anfang der Krankheit Bacillen vorhanden gewesen sein.

Secretair: Dr. Mercklin.

Vermischtes.

— Der Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Grimm, ist zum Oberarzt der Nikolai-Cavallerieschule ernannt worden.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist zum Professor der Geburtshülfe an der Warschauer Universität Dr. Jastrebow, welcher soeben aus dem Auslande zurückgekehrt ist, designirt.

— Der Professor-Adjunct für den Lehrstuhl der Epizootien an der militär-medicinischen Akademie, Rajewski, ist zum Director des Veterinärinstituts in Charkow ernannt worden. R. war früher Professor an dem im vorigen Jahre aufgehobenen Veterinärinstitut der Akademie und hat vor Kurzem sein Arztexamen absolvirt, nachdem er 3 Jahre hindurch als freier Zuhörer die Vorlesungen an der militär-medicinischen Akademie besucht hatte. Die Vorlesungen über Epizootien an der Akademie sollen nach dem Abgange Rajewski's dem früheren Professor des Veterinärinstituts in St. Petersburg, Woronzow, übertragen werden.

— Wie die «Medizinskija Nowosti» erfahren, giebt Dr. W. Swjatlowski die Redaction des «Medizinski Westnik» auf, da er den Posten als Inspector der Fabriken in einem der südlichen Gouvernements angenommen hat.

— Die Herausgabe und Redaction des populär gehaltenen Blattes für Militär-Sanitätswesen «Wojenno-Sanitarnoje Djelo» übernimmt Dr. P. Smolenski. (Med. Westn.).

— *Verstorben*: 1) In Moskau der Ordinator am dortigen Mjassniski-Hospital Kolomenski; 2) Der Stadtarzt von Ssurash Kisselew; 3) Der Arzt am Heiligen-Geisthospital in Konin. 4) In New-York der hervorragende amerikanische Mikroskopiker Dr. Woodward.

— Am 14. October d. J. feiert das hiesige Obuchowhospital das Fest seines 100jährigen Bestehens.

— Prof. N. Iwanowski, welcher in den Sommermonaten im Koch'schen Laboratorium des deutschen Reichsgesundheitsamtes gearbeitet hat, eröffnet in seinem pathologisch-anatomischen Cabinet an der militär-medicinischen Akademie eine besondere Abtheilung für bacteriologische Untersuchungen. (Wratsch).

— Am 20. September c. beging das hiesige Evangelische Hospital und das mit demselben verbundene Diakonissenhaus das fünfundzwanzigjährige Jubiläum in festlicher Weise. Wie wir einer tabellarischen Uebersicht, welche der zu diesem Tage herausgegebenen Festschrift beigefügt ist, entnehmen, sind im Evangelischen Hospital seit der Eröffnung desselben, d. i. vom 20. September 1859 bis zum 20. August dieses Jahres 7058 Kranke verpflegt worden und zwar 5152 unentgeltlich und 1906 gegen Zahlung. In den letzten fünf Jahren (1879—1884) wurden durchschnittlich jährlich 459 Kranke (an 16,896 Verpflegungstagen) im Hospital verpflegt; in dem Zeitraum von 1859—1864 waren es nur 134 Kranke, darauf stieg die Ziffer in dem Zeitraum von 1865—1873 auf 256 und in den Jahren 1873—1878 auf 360. Von diesen Kranken stammten 5650 Kranke aus dem Inlande (darunter 1965 aus den Ostseeprovinzen und 990 aus Finnland) und 1408 aus dem Auslande. Was die Vertheilung nach dem Religionsbekenntnisse anbelangt, so waren 4742 Kranke evangelischer Confession, 1896 griechisch-orthodoxer und 373 römisch-katholischer Confession, 45 Kranke gehörten dem Judenthum, 2 dem Islam an.

— Wie verlautet, ist zum Nachfolger des verstorbenen Dr. Baron Maydell als Stadtphysikus von St. Petersburg der Oberarzt der Polizei Dr. A. Batalin designirt.

— Das Ministerium des Innern will das ausserstädtische temporäre Hospital (bei der Station Udelnaja an der finnländischen Bahn) welches auf Kosten dieses Ministeriums unterhalten wird, eingehen lassen. Es ist aber zu hoffen, dass die Stadtverwaltung dieses Hospital übernehmen und auf eigene Kosten weiter unterhalten wird.

— Wie die «Allgem. medic. Central-Zeitung» berichtet, hatte sich vor Kurzem ein Berliner Arzt vor dem Schöffengerichte wegen einer Betrugsanklage zu verantworten. Der Thatbestand ist folgender: Ein in Rostock angestellter, an Krampfadern leidender Oberkellner hatte sich an den qu. Berliner Arzt mit der Frage gewandt, ob er es übernehmen würde, ihn von diesem Uebel zu befreien und von diesem die briefliche Erklärung erhalten, dass er gründlichste und schleunigste Heilung zusichern könne. Die Cur hatte denn auch nach Einsendung eines Vorschusses von 15 Mark begonnen, doch hatte das dem Patienten zugesandte Medicament keinerlei Erfolg und da der Patient der Meinung war, dass er einem Schwindel zum Opfer gefallen sei, so machte er der Staatsanwaltschaft davon Anzeige. Diese erhob die Anklage gegen den Arzt, *weil sie in der* apodiktischen Zusicherung einer gründlichen und sehr schnellen Heilung der an sich unheilbaren Varices die Kriterien des Betruges erblickte. Der Angeklagte behauptete, dass er keineswegs auf Schwindel ausgegangen sei, sondern seine Curmethode für durchaus wirkungsvoll halte und überdies sei das erste Medicament nur ein präparatorisches gewesen, weshalb er auch den Patienten instruirt habe, ihn über die weitere Entwickelung auf dem Laufenden zu erhalten. Der Staatsanwalt hielt trotzdem den Betrug für erwiesen, da sich der Angeklagte wohl bewusst sein musste, dass er den Patienten in der Zusicherung einer vollständigen und sehr schnellen Heilung falsche Vorspiegelungen machte und beantragte daher 100 Mark Geldstrafe eventuell 10 Tage Gefängniss. Die als Sachverständige vernommenen Prof. Liman und Dr. Israel waren darin einig, dass ein solches «Curiren auf Distanz» zwar unter allen Umständen zu verwerfen sei, dass dem Angeklagten aber nicht eo ipso eine betrügerische Absicht zu imputiren sei, da die Qualität der Aerzte in intellectueller Beziehung verschieden sei und der Angeklagte vielleicht selbst an die Heilkraft seines Mittels geglaubt habe. In Bezug auf die vom Angeklagten angewandten Medicamente war Prof. Liman der Meinung, dass dieselben für das fragliche Uebel ganz wirkungslos seien, während Dr. Israel sich dahin äusserte, dass durch Anwendung dieser Medicamente immerhin ein momentaner Erfolg, z. B. Beseitigung von Schmerzen, herbeigeführt werden könne. Der Gerichtshof erkannte bei dieser Sachlage auf Freisprechung, weil er den Nachweis eines Dolus vermisste.

— *Abführende Einreibung*. Rp. Tinct. Colocynthidis ℥jx, Olei Ricini ℥xx. 2 Mal täglich 1 Theelöffel in den Unterleib eingerieben. (Cincinnati-Lancet Febr. 2. 1884).

— Verneuil hat die Beobachtung gemacht, dass häufige Blutungen aus einem, an der Körperoberfläche befindlichen *Krebse* auf innere Localisation des Uebels schliessen lassen und warnt, in solchen Fällen zu operiren. (La semaine médic. 12. 7. 1883).

— Prof. Seeligmüller (Deutsch. medic. Wochenschr. 24. April 1883) hält *syphilitische Neuralgien* für ein häufiges Vorkommniss und haben sie eine characteristische Localisation und zwar ist 2—3 Querfinger breiter von dem einen Ohr über den Scheitel zum anderen Ohr gehender schmerzhafter Streifen pathognomonisch. (New-York Medic. Record Febr. 2. 1884).

— Während in Indien die Cholera zu Zeiten die Bevölkerung ganzer Landstriche decimirt, bietet Deutschland nach den statistischen Ausweisen der Verbreitung epidemischer Krankheiten keinen günstigen Boden. Deutschland ist in den letzten 50 Jahren von einer ganzen Reihe schwerer Choleraepidemien heimgesucht worden,

doch rechtfertigt die Wirkung derselben keineswegs die allenthalben sich kundgebende Cholerafrucht, denn selbst beim heftigsten Auftreten der Cholera im Jahre 1866 und unter so ungünstigen Verhältnissen, wie sie damals durch den Krieg geschaffen waren, hat sie nur etwas mehr als ein halbes Procent der Bevölkerung dahingerafft. Interessant sind die von der Leipziger Lebensversicherungs-Gesellschaft zur Bernhigung ängstlicher Gemüther veröffentlichten Zahlen. Es starben:

In den Epidemien-Jahren.	Im Königreich Preussen von 10,000 Einwohnern. an der Cholera.	an anderen Krankheiten.	Bei der Lebensversicherungs-Gesellschaft zu Leipzig von 10,000 Versicherten an der Cholera.
1831	25	317	43
1848	16	306	17
1849	28	261	24
1852	24	290	13
1855	18	288	33
1866	64	273	54
Im Durchschnitt	17,5		18,5

(A. m. C.-Ztg.).

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 16. September 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2094	1540	3634
Kinderhospitäler	129	115	244
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd., exanth., rec.)	122	49	171
Scharlach	13	10	23
Pocken	2	1	3
Venerische Krankheiten	320	366	686

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 9. — 15. September 1884 besucht von 2065 Kranken, darunter zum ersten Mal von 850.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 16. bis 22. September 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
215	151	366	83	36	32	12	6	11	44	30	32	33	28	13	3	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 2, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 3.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 16, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 9, acute Entzündung der Athmungsorgane 50, Lungenschwindsucht 62, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastro-intestinal-Krankheiten 55, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 15, Cachexia 14.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 15.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	31 Aug.-6 Sept.	181 732	76	3	20,8	4,0	38,0
Kopenhagen	3—9 September	267 000	126	12	24,5	9,5	34,2
Berlin	7-13 September	1 225 065	637	61	27,0	9,5	38,6
Wien	7-13 September	759 849	317	11	21,7	3,4	35,6
Brüssel	31 Aug.-6 Sept.	171 293	79	6	23,9	7,6	28,0
Paris	5-11 September	2 239 928	985	118	22,9	11,9	26,8
London	7-13 September	4 019 361	1373	133	17,8	9,6	33,6
St. Petersburg	**14-20 September**	**928 016**	**364**	**52**	**20,4**	**14,2**	**28,5**

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. October c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. October c.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 4. Ooctober a. c.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

* E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
* Fr. P. Eurich, На углу Малой Итальянской ул. и Эртелева пер., д. № 1/12 кв. 19.
* Луиза Карловна Мертке, Акушерка, Рижскій просп. домъ № 42/4. кв. № 5.

Mad. Hellwig, Измайловскій полкъ, 11. рота, домъ № 5, кв. 6.
Мад. Гордонъ, Кронверскій проспектъ уголъ Коннаго пер., домъ № 11 кв. 11.
Fr. Kaufmann, Петерб. стор. малая Монетная № 6/8 кв. № 1.
Amalie Hammer Петербургская сторона, по Кронвергскому проспекту, домъ № 71, кв. 19.
Wilhelmine Hensel, Wassili Ostr. 17. Linie Haus Thur № 12, Quart. № 24.
Frl. Mohrmann, Подъ Смольнымъ, Тверская ул. № 20, кв. 17,
Therese Fischer, Удѣльная, противъ Кумберга № 45/46 домъ Фишеръ.
Fr. Berg, Offizierstrasse Haus № 20 Quart. 25.
Г-жа Уминская, Измайловскій полкъ 2-я рота, № 10 кв. № 2.
Г-жа Кондратьева, Вас.-Остр. 7-я Линія, д. № 18 кв. № 12.
Fr. Strauch, Gr. Podjatscheskaja № 25, Quart. 11.
Laura Hacker, по Лиговкѣ д. № 52 колоній Санъ-Галли кв. № 150 надъ прачешной.
Elise Tennison, Wass.-Ostrow 6. Linie № 33, Quart. 2.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 28 Сентября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary. Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bitte man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 40. **St. Petersburg, 6. (18.) October** **1884.**

Neuralgien, bedingt durch Druck einer vergrösserten Lymphdrüse. Ausgang in acute Miliartuberculose.

Von

Dr. R. Peters.

(Schluss).

Die Section, am nächsten Tage in Gegenwart des Dr. Petersen ausgeführt, ergab:

In der link. Pleurahöhle eine grössere Quantität seröser Flüssigkeit, in der rechten nur Spuren davon. Die Pleurae pulmon. mit unzähligen miliaren, meist durchscheinenden Knötchen bedeckt, welche in den Pl. costales nur spärlich vorhanden sind.

Die Lungen ebenfalls durchsetzt mit miliaren Knötchen, meist opaken bis gelblichen Aussehens. Dieselben stehen namentlich dicht gesäet in der rechten Lunge.

Die Bronchialdrüsen *nicht* verkäst, sondern blos hyperplastisch, saftig, dunkelgefärbt, blutreich.

Mitralklappen leicht verkürzt, die Ränder etwas verdickt jedoch mit glattem Endocard belegt. Herzmusculatur von blasser, central von mehr gelblicher Farbe.

Kein Exsudat in der Bauchhöhle.

Leber am unteren Rande mit einzelnen grauen Miliartuberkeln besetzt, vergrössert, von gelber Farbe und schlaffer Consistenz.

Milz ebenfalls vergrössert, schlaff, ebenfalls mit spärlichen grauen Knötchen besetzt.

In den Nieren vereinzelte frische Miliartuberkel.

Im Dünndarm, etwas oberhalb der valv. Bauhini, einzelne Plaques von reticulirtem Bau, stark pigmentirt. 2—3 tuberculöse Geschwürchen von Linsengrösse.

Mesenterialdrüsen vergrössert, stark hyperämisch, saftig, von dunkelvioletter Farbe, ohne Käseherde.

Retroperitonäaldrüsen ebenfalls ohne Käse und auch sonst in dem Zustande der acuten Schwellung, wie die Mesenterialdrüsen.

An der Wirbelsäule, entsprechend dem Zwischenraum zwischen 4. und 5. Lendenwirbel dem For. intervertebrale unmittelbar aufliegend eine mandelgrosse, käsige Drüse ohne Erweichung, ohne Verkalkung. Ihre Kapsel liegt dem Nerven an, ohne mit ihm verwachsen zu sein, kein ostitischer Process in den Wirbelkörpern.

Sonst nirgendwo ein Käseherd zu finden.

Schädel nicht geöffnet.

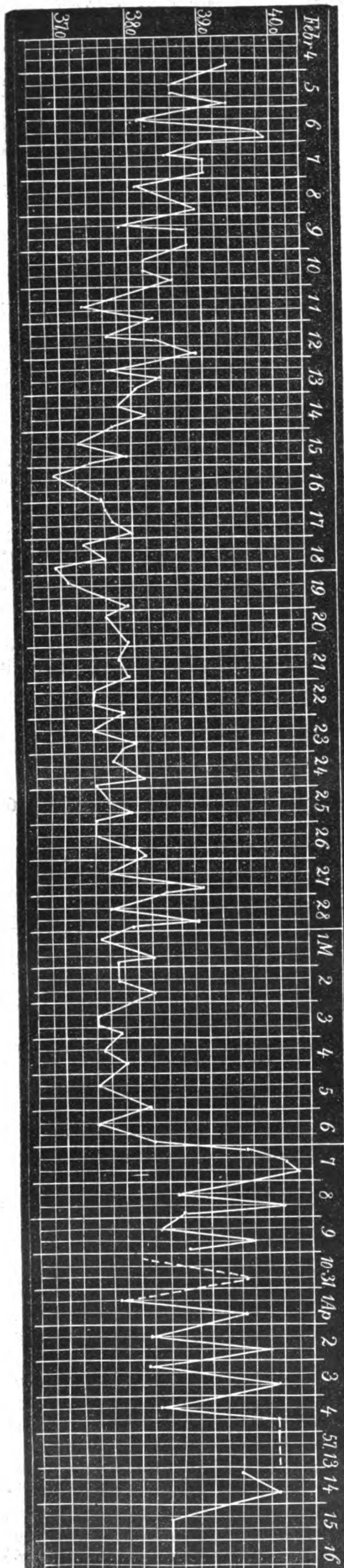
Beifolgend die etwas abgekürzte Temperaturcurve. (siehe die umstehende Seite 408).

Ich will den Gang des tuberculösen Processes, wie er sich mir jetzt auf Grund des Sectionsprotokolls und der Krankengeschichte darstellt, kurz skizziren.

3 Jahre hindurch mindestens trägt das Kind eine vergrösserte, vielleicht schon von vorn herein verkäste Lymphdrüse an der Austrittsstelle des Lumbalnerven aus der Wirbelsäule im Körper herum. Dieselbe macht ihre Gegenwart ab und zu bemerkbar, indem sie periodisch Reizerscheinungen von Seiten des betreffenden Nerven provocirt, welche sich durch Sensibilitätsstörungen, Neuralgien in dem von seinen Hinterästen versorgten Gebiet äussern. Wahrscheinlich sind es Volumsvergrösserungen, welche den Druck und Schmerz hervorrufen. Zunächst erwächst hieraus kein weiterer Schaden für das Allgemeinbefinden. Erst im 3. Jahre werden die von neuem und etwas früher wie sonst auftretenden Neuralgien indirect der Ausgangspunct für die bald folgende allgemeine Tuberculose. Zunächst begleiten sie einen leichten Abdominaltyphus, der seinerseits direct in die uns beschäftigende Krankheit überführt.

Letztere zerfällt in 2 Perioden, eine subfebrile und eine hektische. In die erste ist meiner Ansicht nach der Beginn der Darmtuberculose zu verlegen, denn hier finden wir die älteste Veränderung, nämlich Geschwürsbildung. Die Spärlichkeit der Eruption erklärt uns einerseits das lange Latentbleiben der Darmsymptome, andererseits aber auch die geringe Fieberhöhe.

In der zweiten (mit Hinzuziehung des typhösen Stadiums also in der 3). Periode, die mit einer plötzlichen Erhebung beginnt, handelt es sich offenbar um eine bei Weitem stärkere Eruption und zwar in das Lungenparenchym hinein. Dafür spricht der Umstand, dass hier die relativ älteren opaken bis gelblichen Knötchen sassen. Dass sie klinisch anfänglich keine stärkeren Symptome machten, ist nicht zu verwundern, wenn man bedenkt, dass sie überall durch lufthaltiges Gewebe getrennt waren. Das leichte verlängerte Exspirium,



Temperatur-Curve.

I. Typhöse Temperatur. (15 Tage Typhus abdominalis)

II. 16 Tage subfebrile Temperatur. (Darmtuberculose)

III. 41 Tage hektisches Fieber. (Lungentuberculose) (Gehirntuberculose)

welches zunächst hie und da auftrat, um am anderen Tage wieder zu verschwinden und anderswo zu erscheinen, bezog ich, ausgehend von der Voraussetzung, dass eine starke Veränderung der Bronchialdrüsen nothwendig existiren müsse, auf anomale Circulationsverhältnisse, Atelectasen, während das doch wohl schon die ersten Erscheinungen der Lungentuberculose waren; jedenfalls muss viel gesunde Lungensubstanz vorhanden gewesen sein, da die Respirationsfrequenz lange Zeit nicht alterirt wurde. Erst als die Tuberkeln näher an einander rückten und namentlich auf die Pleura übergreifend dieselbe zur Exsudation veranlassten, wurde sie so zu sagen palpabel.

Hier, noch mehr aber in der Leber, Milz und Niere waren die Tuberkel grau und durchscheinend, also ganz frisch. Sub finem traten sie auch in den Meningen auf. Die Mitbetheiligung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen in Form einer acuten Schwellung muss in Anbetracht des Fehlens jeglicher makroskopisch sichtbarer Knötchen, die hier doch sehr rasch in Verkäsung übergehen und auf diese Weise sichtbar werden, auffallender Weise als das letzte Ereigniss in diesem Krankheitsbilde aufgefasst werden.

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung wie sehr der intra vitam constatirte Befund durch die Ergebnisse der Section corrigirt werden musste. Ein Theil der Irrthümer, die sich namentlich auf die einzelnen Phasen des tuberculösen Processes und ihre zeitliche Aufeinanderfolge beziehen, war, wie ich eben angedeutet, nicht zu vermeiden. Ein anderer Theil derselben entstand aus dem abweichenden Verhalten der Lymphdrüsen, welche bekanntlich für gewöhnlich bei Kindern sehr leicht, sehr frühzeitig und in grosser Ausdehnung die tuberculöse, resp. käsige Degeneration eingehen, während sie im vorliegenden Fall mit Ausnahme einer einzigen beinahe bis zum Schluss intact blieben. Dies Isolirtbleiben der Degeneration ist auch derjenige Punct in der vorliegenden, eigentlich recht gewöhnlichen Beobachtung, welcher ihr ein gewisses Interesse verleiht. *Es ist im* höchsten Grade auffallend, wie bei einer allgemeinen Infection, die von einem primären Herde aus stattfindet, das Lymphsystem, das doch den Transport des Virus vermittelt, wie hier, relativ unbetheiligt bleibt.

Weiterhin lehrt dieser Fall wie vorsichtig man solchen Angaben gegenüber sein muss, welche behaupten, bei Section einer Miliartuberculose keinen einzigen Käseherd aufgefunden zu haben. Auch hier hätten wir vielleicht selbst mit der sorgfältigsten Technik bei dem kleinen Umfang und dem versteckten Sitz des primären Herdes einen negativen Befund gehabt, wenn wir nicht auf Grund der klinischen Symptome eine bestimmte Stelle ganz besonders daraufhin abgesucht hätten. Fehlen jedoch solche Wegweiser, was in der Regel zu erwarten ist, so ist es eben unmöglich allen den Verstecken, welche Käsedepots beherbergen können, nachzuspüren.

Eine acute Miliartuberculose ohne primären Käseherd scheint in der That bei Kindern ein noch selteneres Ereigniss zu sein wie bei Erwachsenen. Wenn Hinkeldeyn bei letzteren unter 109 Fällen von Lungenphthise 10 Fälle von mehr oder weniger allgemeiner Miliartuberculose fand, in denen weder Cavernen noch sonst Spuren älterer entzündlicher, auch besonders käsiger Herde entdeckt werden konnten und *Leyden* unter 52 blos 3, so gelang es Neureuter bei Kindern in 210 solcher Leichen nur einen einzigen Fall ohne einen primären Herd zu constatiren und was das Material betrifft, welches ich im Oldenburger Kinderspital selber secirt oder seciren gesehen habe, so erinnere ich mich niemals in der Verlegenheit gewesen zu sein nach einem solchen Herde suchen zu müssen. Die älteren Käseknoten waren eben immer überreichlich und meist in Form von grossen theils käsigen, theils verkalkten, theils erweichten Paketen vorhanden.

Dies scheint doch darauf hinzuweisen, dass im frühen Kindesalter die Tuberculose als acute Infectionskrankheit oder in der recenten, acquirirten Form, um das von Cohn-

heim zuerst gebrauchte, vielfach bekämpfte Bild zu brauchen, nur äusserst selten vorkommt. Meist handelt es sich hier wohl um die hereditäre Form, die allerdings bisweilen nach einer ungemein langen Latenzperiode zu Tage tritt. Im vorliegenden Fall betrug dieses Latenzstadium c. 6 Jahre.

Eine mikroskopische Untersuchung habe ich nicht ausgeführt, deshalb kann ich auch nichts über das Vorhanden- oder Nichtsvorhandensein des Bacillus Kochii aussagen. Dieses scheint mir auch für den gegebenen Fall, namentlich wenn die Untersuchung von einer nicht genügend erfahrenen Hand angestellt wird, von geringerem Interesse zu sein, als der ganze Verlauf des Processes, der so sehr zu Gunsten einer Infection und zwar durch ein organisirtes Virus spricht, dass schon lange vor der Entdeckung des wahren Mikroorganismus die Forscher dazu geführt wurden, einen Parasiten zu postuliren, jedenfalls von einer Resorptionskrankheit im Buhl'schen Sinne zu sprechen.

Auch in unserem Fall ist ein solches, specifisches Agens von der Lumbaldrüse aus in den Säftestrom gedrungen und hat eine Allgemeininfection zu Stande gebracht. Nach allem eben Gesagtem glaube ich wenigstens nicht, dass das Gift später von aussen durch die Lungen oder durch den Darmcanal etwa eingezogen wäre.

Im Gegentheil es muss von dem fötalen Leben her im Körper gelegen haben ohne zunächst irgend welchen Schaden für die Gesundheit zu bringen, ohne also aus seiner Latenz zu treten. Erst nach dem Typhus hat es, wie wir das so häufig sehen, seinen gefährlichen Character erhalten.

Wie dies geschah, ob dadurch, dass die käsige Degeneration in dem vom Typhus veränderten Drüsengewebe rapider vor sich gehen und eine vermehrte Production des Virus und später eine Ueberschwemmung des Organismus mit demselben stattfinden konnte; oder ob in der Weise, dass erst durch die typhöse Erkrankung allgemein ein für das Sichansiedeln des Infectionsstoffes günstiger Boden geschaffen wurde (durch Herabsetzung der Resistenzfähigkeit der Gewebe gegen das eindringende Gift etwa): dies zu erörtern gehört nicht hierher. Ich will nur bemerken, dass letzterer Vorgang der wahrscheinlichere ist. Hat doch das Kind, solange es ungeschwächt war, die beiden ersten Schübe, wo wir es wohl ebenfalls schon mit specifischen Veränderungen in der Drüse und mit einer zeitweiligen Invasion des Giftes zu thun hatten, glücklich überwinden können.

Bericht

aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga

über die im Jahre 1883 vorgenommenen Leichenöffnungen.

Von

Dr. H. Krannhals,
dirig. Arzt u. Prosector.

(Schluss.)

Die Rubrik «Tod in *unmittelbarer* Folge von Körperverletzungen» begreift 5 Fälle von Verblutungstod:

1) 50-jähriger Mann, überfahren von einem schweren Lastwagen, dessen Räder ihm über die Brust gegangen; Tod nach 10 Stunden. Fractur des Manubr. sterni von oben links nach unten rechts ziehend, fast genau in der Diagonale den Knochen in zwei dreieckige Hälften theilend. Diastase der Articul. sterno-clavicular. dextr. (3—4 Mm.) und sinistr. (10 Mm.) bei erhaltenen Bandmassen. *Links* fracturirt: die erste Rippe, der zweite Rippenknorpel an seinem Ansatz ans Sternum und an dem knöchernen Theile der Rippe, die 3. und 4. Rippe im knöchernen Theil, in geringer Entfernung vom Rippenknorpelansatz. *Rechts* fracturirt die 1. bis 6. Rippe im knöchernen, die 3 letzten (4., 5., 6.) bei gleichzeitiger Zerreissung der Costalpleura (an den Bruchstellen) die beiderseits hinten und seitlich sugillirt erscheint. In der rechten Pleurahöhle 500, rechts 800 Ccm. dunkelrothen zum Theil geronnenen Blutes. Der Oberlappen der rechten Lunge von der Spitze bis zur Basis rupturirt, so, dass sich auf seiner vorderen Fläche eine ca. 12 Cm. lange und 4—5 Cm. breite, schwarzrothe mit schwärzlichen Coagulis bedeckte Wundfläche präsentirt. In ganz gleicher Weise ist der linke obere Lappen rupturirt. Die Substanz beider dunkelschwärzlich, viel schaumig blutiges Oedem ergiessend, die unteren Lappen collabirt, knisternd blassgrau.

2) 30-jähriger Mann. Messerstich in den 6. JCR, l. Axillarlinie; Tod am folgenden Tage. Linksseitiger Haematopneumothorax, colossale Blutmenge, Lunge vollständig collabirt, enthält nur noch an der Spitze etwas Luft; ein ca. 2 Cm. breiter Wundkanal durchbohrt den linken Unterlappen, dringt durch den Pericardialsack in die Muskulatur des l. Ventrikels, hier mit einem 1 Cm. langen, 2 Mm. tiefen und c. 3 Mm. breit klaffenden Spalt endend. Der Ventrikel nicht eröffnet.

3) 32 jähriger Mann, mit 4 Messerstichwunden: 1) im l. 6. JCR, Axillarlinie, durch den freien Rand des unteren Lungenlappens, das Zwerchfell in die Milz; 2) in der Reg. umbilical., Darm unverletzt, Wunde der linken Niere; 3) und 4) nicht penetrirend unterhalb 1). In der Bauchhöhle colossale Blutmassen — offenbar aus der Milz, ein grösseres Gefäss hier jedoch nicht verletzt; in der linken Pleurahöhle eine geringe Menge sanguinolenten Serums.

4) 40-jähriger Fuhrmann, Messerstich an der linken Seite des Halses, Tod 2 Mal 24 Stunden nach der Verletzung an Verblutung aus der Wunde. Der Muskelbauch des Sternokleidomast. ungefähr in seiner Mitte bis auf eine am hinteren äusseren Umfang erhaltene Substanzbrücke quer durchtrennt; der Stichkanal dringt sodann hinter dem linken oberen Schildknorpelhorn in den Aditus laryngis, wobei ein Aestchen der Thyreoidea super. durchtrennt wird; die grossen Gefässstämme des Halses vollständig unverletzt; im Magen grosse Massen flüssigen, schwärzlichen Blutes.

Anschliessend an die vorstehenden Fälle von Verblutungstod nach Traumen möge hier eines Falles von Verblutung bei Placenta praevia gedacht werden, welcher eine 28-jährige, zum 4. Male schwangere und im zehnten Monate der Gravidität stehende Soldatenfrau betraf. Dieselbe wurde blutend und bereits hochgradigst erschöpft eingebracht. Tamponade. Transfusion. Tod. Die Placenta lag zu $^3/_4$ in der vorderen rechten Seite des Uterus, hier bis in das Os uteri ext. herabreichend, zu $^1/_4$ in der linken Seite, wo sie 8 Cm. über dem Os uteri ext. begann.

Zur Gruppe der Verletzungen gehören ferner die 4 zur Section gelangten Fälle von complicirter Schädelfractur. Ich beschränke mich auf eine kurze Aufzählung derselben:

1) Carl S. 35 a. n. Vier Stock hoch in einem Treppenhause herabgestürzt. Tod am 4. Tage. Stückbruch der Squama oss. petros. sin., je eine weitgehende Fissur in der mittleren und in der vorderen linken Schädelgrube. Links Zertrümmerung des unteren Theiles vom Lob. parietal. und der Gyri temp. 1 und 2. Rechts Zertrümmerung des 1., 2. und 3. Gyrus des Temporallappens. Meningitis traumatica.

2) Iwan G. 18 a. n. Schädelverletzung beim Steinsprengen. Tod am 3. Tage. Diastase der linken Temporalnath, Depressionsfractur des linken Seitenwandbeines, mehrfache Fissuren an der Schädelkapsel, je eine in den mittleren Schädelgruben. Keine Meningitis.

3) Ans K. 33 a. n. Vom Baugerüst gestürzt. Tod nach 10 Stunden. Diastase der Sutur. coronar. sin. Fissur der Squama oss. petros. sin. Depressionsbruch des rechten Seitenwandbeines ziemlich in der Mitte desselben, nahe der Sagittalnaht. Das deprimirte Knochenstück ist halbkreisförmig, die 3,5 Cm. lange Sehne des Bogens der Sagittalnaht parallel. Tiefe der Depression 4 Mm. Von der Lam. vitr. ein kleines Blättchen abgesplittert. Die Fissur der Squama oss. petr. sin. setzt sich in die linke mittlere Schädelgrube fort. Keine Meningitis.

4) c. 25-jähriger Selbstmörder, hat den Kopf auf die Eisenbahnschienen gelegt und ist von den Rädern der Lokomotive zur Seite geschleudert worden. Neben ausgedehnten Weichtheilsverletzungen des Kopfes colossale Comminutivfractur des linken Seitenwand- und Schläfenbeines. Dura mater an mehreren Stellen von Knochenfragmenten durchbohrt, zwischen ihr und der Schädelkapsel umfangreicher Bluterguss. Total zerstört sind am Hirn der Lob. temp. tertius und der Lob. fusiformis, sonst mehrfache Verletzungen durch eingespiesste Knochensplitter. Der linke Streifenhügel stärker entwickelt als der rechte.

Ich schliesse mit den Intoxicationen, welche in der Tabelle mit 8 Fällen vertreten sind. Die beiden chronischen — Blei und Phosphor (Unterkiefernekrose) — gelangten nicht zur Section; bei den 6 acuten handelte es sich 2 Mal um Kohlendunstvergiftung, je einmal um Vergiftung mit Phosphor, Chloral, Schwefelsäure und (mit grosser Wahrscheinlichkeit) um acute Alkoholintoxication.

Einer der beiden Fälle von Kohlenoxydvergiftung bot einen etwas complicirteren Befund dar als man ihn gewöhnlich antrifft. Es handelte sich um einen 27-jährigen Mann, bei dem aetiologisch die Kohlendunstintoxication sicher gestellt war. Aus der Krankengeschichte sei erwähnt: Hemiparese der rechten Körperseite, schnell bis zur Hemiplegie sich steigernd, Stauungspapille, späterhin hochgradige Injection der Conjunctiven. Dämpfung und Bronchialathmen hinten unten links, schliesslich Decubitus an verschiedenen Körperstellen. Tod am 3. oder 4. Tage nach der Vergiftung. Bei der

Autopsie fand sich ausser der charakteristischen hellkirschrothen Färbung des Blutes, der gleichen lebhaften Färbung von Muskeln und oberen Lungenlappen, der Hyperämie der drüsigen Organe der Bauchhöhle, noch im unteren linken Lungenlappen eine Gangrän, in Form mehrerer wallnuss- bis klein-apfelgrosser Herde, im Herzen rechts ein umfangreiches blassgelbes Gerinnsel, derb, in die grösseren Gefässstämme sich hineinerstreckend; in der Ven. jugul. ext. u. int. der linken Seite ein verzweigtes blassgraues, halb durchscheinendes Gerinnsel (rechts Gefässe frei), ähnliche Gerinnsel im Sinus longitud. und transvers. des Hirns; Pia stark hyperämisch, hochgradige venöse Stauung, Consistenz der Hirnsubstanz gut, Ventrikel leer. Im linken Corp. striat. theilweise auch in den Thal. opt. übergreifend, ein gut kirschgrosser grauer Erweichungsherd, der sich in den Seitenventrikel heinein öffnet; in der Umgebung haemorrhagische Verfärbung und beginnende Erweichung der Hirnsubstanz. Keine Caries des Felsenbeins. (Trombosis sin. dur matr.).

In dem Falle von Choralintoxication waren von einem 20-jährigen Burschen mindestens 15,0 zum Zwecke des Selbstmordes genommen worden. Es fand sich eine mässige Gastroenteritis und — eine fibrinöse Pneumonie des rechten Oberlappens.

Der Fall von Schwefelsäurevergiftung betraf einen 36-jährigen Handwerker, der in der Trunkenheit ein Bierglas Scheidewasser [1]) getrunken hatte; sofortiges Nachtrinken grosser Mengen von Wasser und Milch. Tod am 5. Tage. — Hautverschorfungen an Kinn und rechtem Mundwinkel. Die Häute des Oesophagus stark geschwellt, Schleimhaut zum grössten Theil zu einer schmierigen, schwarzgrünen Masse verwandelt, Muscularis blosliegend. Dieselbe Verschorfung im Magen, wo sich die Schleimhaut als matsche durchlöcherte Membran abstreifen lässt. Beträchtliche Schwellung in den übrigen Schichten, stellweise auch die Muscularis verschorft Im Anfangstheil des Duodenums Schwellung und Ekchymosirung der Schleimhaut, Kopf des Pankreas geschwellt. Im Jejunnum, Ileum und Dickdarm nichts abnormes. Leber leicht vergrössert, fleckweise Verfettungen. Läppchenzeichnung verwischt. Nieren normal gross, makroskopisch nichts abnormes.

Die Sammlung path.-anatom. Präparate, erst in Angriff genommen mit der Gründung des Prosectorates, zählte am Schluss des Jahres 1883 76 Nummern. Einzelne der Präparate verdanke ich dem Interesse von Collegen, welche in der Privatpraxis bei Operationen und Sectionen gewonnene Objecte unserer Sammlung überliessen. Ihnen, sowie den Hrn. Collegen Dr. Hampeln und Jansen, dirig. Aerzten am allg. Krankenhause, welche die Benutzung der klinischen Notizen bereitwilligst gestatteten, meinen Dank.

Riga, Juli 1884.

Ein Fall von Wanderleber.

Von

Dr. J. Maack.
(St. Petersburg.)

Die wenigen bis jetzt constatirten Fälle von Wanderleber zeichneten sich dadurch aus, dass sie nur bei verheiratheten Frauen, die häufig geboren, und somit erheblich erschlaffte Bauchwandungen aufzuweisen hatten, beobachtet worden sind.

Ein neuerdings bei einer unverheiratheten Dame, und unter anderen aetiologischen Momenten aufgetretener Fall sei hier mitgetheilt.

Fräulein N. N., ca. 35 Jahr alt, aus einer zahlreichen, sehr gesunden Familie stammend, stets gesund und kräftig gebaut, lebhaften Temperaments, fühlte seit dem Herbst des Jahres 1873 eine Geschwulst unter dem rechten Rippenrande liegend, die als von der oberen Fläche der Leber ausgehend constatirt, und deren Diagnose später von einer Leipziger Autorität auch als Leberechinokokkus bestätigt wurde. In Folge dessen versuchten wir durch Darreichung von Kali pikronitric., nach der Empfehlung von Dr. C. Gerhardt, der eine Schrumpfung des Blasenwurms dadurch eintreten sah, zu denselben Resultaten zu gelangen. Wir erzielten für's Erste nur einen langdauernden Icterus und vollkommene Geschmacklosigkeit; auch in späterer Zeit konnte keine Veränderung in der Lebergeschwulst nachgewiesen werden, vielmehr schien es der Pat., als ob sich die Geschwulst langsam vergrössere; das Allgemeinbefinden war dabei, wenn auch wechselnd, ein sehr gutes, und fühlte sie keine weiteren Beschwerden. Im Jahre 1881, bei einer abermaligen Anwesenheit in Leipzig, sprach sich eine andere Autorität der Pat. gegenüber dahin aus, dass der Fall hochinteressant sei, aber dabei blieb es auch, und da Pat. sich leidlich wohl fühlte, kam es zu keiner weiteren Untersuchung. Erst im Mai a. c. waren grössere Beschwerden von Seiten des Unterleibes eingetreten, dabei grosse Ermüdung und allgemeine Nervosität, und vorübergehend zeigte sich am rechten Oberschenkel, etwa handbreit unter dem Lig. Poupart., eine harte hühnereigrosse Geschwulst, die Pat. selbst durch kalte Compressen und Jodpinselungen schon zum Schwinden gebracht; uns blieb nur die Untersuchung des Unterleibes und dabei ergab sich Folgendes: Die Leber war nicht an der Stelle anzutreffen, die sie im Normalzustande einnimmt; hier fanden wir durchweg sonore Percussion und deutliches Respirationsgeräusch, so weit die Rippen reichten. In der unteren rechten Seite des Abdomen, unterhalb des Nabels, also in der Ileocoecalgegend, auf dem rechten Os ilei aufliegend, lässt sich die Leber als halbkuglige feste Masse, mit der Convexität nach oben gerichtet, deutlich durchfühlen, auf der Oberfläche derselben aber lassen sich keine Hervortreibungen, die auf die Anwesenheit des Leberechinokokkus hatten schliessen lassen, erkennen; eine Schrumpfung desselben scheint also stattgefunden zu haben; ob in Folge des Gebrauches von Kali pikronitric., ist nun nicht mehr ganz unwahrscheinlich. Wahrscheinlich ist nun auch der Blasenschrumpfung eine Erschlaffung des Lig. suspensor. hepat. gefolgt; da aber die Stärke desselben der Schwere der Leber kaum entspricht, und die Leber folglich mehr durch den Seitendruck der entsprechenden Bauchmuskeln in ihrer Lage erhalten wird, so waren noch andere Momente zur Erklärung der erfolgten Senkung der Leber im gegebenen Falle nöthig.

Aus den mir bekannten Veröffentlichungen über Wanderleber ergiebt sich, wie schon oben erwähnt, dass dieselbe bis jetzt nur bei Frauen, die geboren hatten, beobachtet worden ist, und dass eine geeignete Binde bei stark erschlafften Bauchwandungen stets genügte die reponirte Leber in ihrer normalen Lage zu erhalten und allmälig die Beschwerden bedeutend zu mildern. In unserem Falle ist jeder stärkere Druck, der in verschiedenster Lage gegen die gesenkte Leber von unten her ausgeübt wird, von grossen Beschwerden, Oppression, Ohnmachtsanwandlungen begleitet. Die Leber an ihren normalen Ort hinzudrängen und an demselben zu erhalten, ist daher nicht möglich. Jede Binde wird mit Unlust getragen und vermehrt die Beschwerden, besonders beim Gehen. In der Leber kommen jetzt häufig Schmerzen vor, die sich in die Praecordien erstrecken, und namentlich unerträglich waren während eines acuten Bronchialkatarrhs, den Pat. im Sommer durchzumachen hatte. Schlaf und Appetit sind noch gut, auch fehlt bis jetzt jegliche katarrhalische Affection des Darmkanals.

Referate.

Uebersicht der russischen pädiatrischen Literatur für 1883.

(Nach Ignatjew's Zusammenstellung in Med. Obs. 1884. № 81.

a) Infectionskrankheiten.

Senetz (Wr. № 1) über die Sterblichkeit an Scharlach und Diphtherie für die Jahre 1878—1882 (deutsch erschienen in dies. Wochenschr. № 13. 1883).

Popow (Jeshen. klin. Gaz. №№ 7—11) bespricht die Diphtherieepidemie 1882 in St. Petersburg und erklärt sich für eine directe Abhängigkeit der Epidemie von klimatischen Verhältnissen. Die grösste Sterblichkeitsziffer fiel auf den Sommer und den Herbst und befindet sich diese Zunahme mit der mittleren Monatstemperatur im Zusammenhange, die Sommermonate incl. August boten eine Steigerung der Temperatur den 4 vorhergehenden Jahren gegenüber, welche ihrerseits widerum die Beschaffenheit der Bodenwärme beeinflusst, so dass als diese die höchste Stufe erreicht hatte, auch die Epidemie auf ihrer Acme sich befand. Ferner beeinflusst auch die Menge der atmosphärischen Niederschläge die Sterblichkeit, welche desto grösser war, je weniger Regen gefallen war; dasselbe gilt auch vom Wasserstande in der Newa, den Canälen und des Bodens.

Protassow (Med. Westn. №№ 35—48) lieferte einen Bericht über das temporäre Diphtherielazareth in St. Petersburg, das vom 20. November 1882 bis zum 1. April 1884 60 Kranke mit einer all-

[1]) (? Scheidewasser ist Salpetersäure. Red.)

gemeinen Sterblichkeit von 31,6 % verpflegt hatte. Die Mortalität der reinen Diphtherie betrug 36,3 % der Scharlachdiphtherie 28,5 %, 3 mit Masern und 1 mit Pocken complicirter Fall, ausserdem führt Pr. die Angina follicularis an, welche seiner Ansicht nach während einer Diphtherieepidemie sicherlich eine Erscheinungsform des diphtherischen Contagiums darstelle und unter Umständen sich zu einer schweren Form der Krankheit ausbilden könne. Verf. hält die Diphtherie für eine allgemein infectiöse, vom Scharlach scharf unterschiedene Krankheit, wofür der Verlauf der Temperatur spreche, da diese vor dem Auftreten des Belages steigen, nach dem Erscheinen desselben aber fallen könne. Die Drüsenanschwellung am Halse bei der septischen Diphtherie sei ein schlechtes Zeichen, wobei die entsprechende Schleimhaut eher blass als geröthet erscheine, auch treten im Harn Eiweiss, Epithelien und zuweilen Cylinder auf.

Myschtschenko (Jesb. klin. Gas. № 13) fand, dass die Körpertemperatur bei der punctförmigen Diphtherie einen höheren Grad erreiche als bei der septischen, was der gewöhnlichen Ansicht widerspricht. Die Temperaturcurven zeigten wellenförmige Erhebungen von verschiedener Zahl (2—5) und Höhe, die Steigerungen der Körperwärme fielen mit Anschwellungen der Drüsen, neuen Anflügen und irgend welchen Complicationen zusammen. Bei der punctförmigen Diphtherie war im Harn nie, bei der septischen in ¹/₃ der Fälle Eiweiss zugleich mit Nierenelementen vorhanden, welche bei der ersten Form fehlten.

Ueber die günstigen Resultate der Impfung mit Vaccinedetritus berichten Romanow (Wr. № 46) mit 0,5 %, Rostschinski (Protok. d. Tambow'schen medicin. Gesellsch. № 7) mit 5 % Fehlimpfungen, Beklemischew (Med. Westn. № 35) bekam durchschnittlich 70 % gelungene Impfungen.

Kuwschinski und Pastor (Jeshen. klin. Gaz. № 3) fanden bei der Betrachtung der Temperaturcurven von Scharlachkranken, dass sie eine Reihe thermometrischer Wellen darstellen, welche für die Febris recurrens characteristisch seien, weniger aber an Ileotyphus erinnern. Diese nachträglichen Temperatursteigerungen waren von Anschwellungen der Lymphdrüsen, diffuser Angina u. a. begleitet, es kam sogar zuweilen zu einem zweiten Ausbruche des Scharlachexanthems.

b) Nichtinfectiöse Krankheiten.

Shdanow (Jeshen. klin. Gas. № 35) beschreibt einen Fall von Narcose am Unterkiefer bei einem 12-jährigen Knaben nach Diphtherie, der necrotische Theil nahm die ganze Dicke des Unterkiefers im Bereiche der Schneidezähne ein. Die Art der Localisation des Krankheitsprocess und das Aussehen der Sequesterränder lassen Verf. die Frage aufwerfen, ob in seinem Falle nicht eine Necrose des Os incisivum maxillae inferioris stattgefunden habe.

Kranzfeld (Wr. Wed. №№ 23—24) entfernte auf operativem Wege eine congenitale mannskopfgrosse Geschwulst aus der Kreuzbeingegend eines 13jährigen Mädchens, welche auf dem Durchschnitte eine Menge Cysten von verschiedener Grösse zeigte; in dem die Cysten scheidenden Bindegewebe befanden sich Stücke von Knochen und Knorpeln: ein Theil der Cysten wölbte sich in die Höhlung der grossen Cysten vor, ein anderer Cheil derselben befand sich in der intermediären Substanz. Der Cysteninhalt war von verschiedener Beschaffenheit, theils reine Colloidmasse, andere zeigten in der colloiden Substanz Cylinderepithel mit Cilien und 1½ Mm. lange, weisse Fäden, welche sich bei genauer Untersuchung als Haare erwiesen; noch andere Cysten enthielten einen atheromatösen Brei, Flimmerepithel und Cholesterinkrystalle. Die innere Oberfläche war von Cylinder-, Platten-, Flimmer- und becherförmigem Epithel ausgekleidet. Verf. bestätigt, auf sein Untersuchungen gestützt, die Ansicht v. Recklinghausen's, Friedländer's, Neumann's u. a., dass die Form des Epithels von den Ernährungs- und Druckverhältnissen abhänge, da er in dem Auftreten von Cilienepithel nichts Specifisches sehen kann. Interessant ist die Neubildung secundärer Cysten aus jenen indifferenten Zellen, welche sich in den bindegewebigen Interstitien der Cysten befinden; die centralen Cysten gingen zu Grunde und entarteten colloid, die peripheren bildeten eine Epithelienschicht; auf Grund dieses Befundes nennt Verf. die Geschwulst ein Cystoma proliferum mixtum congenitum coccygeale.

c) Therapie.

Galanin (Sdor. № 7) räth die punctförmige und häutige, aber nicht die brandige Form der Diphtherie mit Einathmung von heissen Wasserdämpfen zu behandeln, wonach das Fieber sich ermässigen, Schlaf und Athmung frei werden sollen; nach dem Temperaturabfall müssen die Inhalationen fortgesetzt werden, auch ist der Gebrauch von Wein sehr nützlich.

Gatschkowski (Wr. Wed. № 10) bestreute einen Fungus umbilici, dessen operative Entfernung von den Eltern des Kindes nicht gestattet wurde, ein Mal täglich mit Resorcin; Geschwulst und Eiterung verminderten sich rasch und nach 5 Tagen war der Nabel vernarbt.

Ssemtschenko (Wr. № 20), von der Voraussetzung ausgehend, dass die Rhachitis eine Form von Malariaerkrankung darstelle (?), hat in 3 Fällen vom Gebrauche von ¹/₈ Gr. Ergotin 3 Mal täglich eine wesentliche Besserung der Symptome, Verkleinerung der Milz, Verschwinden des Glottiskrampfes, gesehen.

d) Verschiedenes.

Alexandra Eckert (Wratsch №№ 2, 3, 5, 7, 9, 10, 16) fand bei Ileotyphus, Recurrens, Scharlach die Wasserverdunstung der Haut im fieberhaften Stadium erhöht, wobei die, den Verlust darstellende Curve beim Typhus eine andere war, als bei der Recurrens. Während der hohen Tagestemperaturen ist der Wasserverlust ein grosser, der beim Typhus der eintretenden Krise parallel geht, bei Recurrens mit derselben zusammenfällt, sehr rasch sinkt und 1—1½ Tage übernormal bleibt; in der Reconvalescenzperiode sowie in den fieberfreien Zwischenräumen ist die Wasserabgabe subnormal.

Jewsejenko (Med. Westn. №№ 45—47) untersuchte die tägliche Entwickelung der Vaccinepustel und stiess dabei unwillkürlich auf das Factum, dass das Virus der 9-tägigen Pustel nicht verimpfbar sei. Aus seinen Untersuchungen kam er zu dem Schlusse, dass der Vaccinelymphe beigemengte Eiterkörperchen die Impfkraft der activen Lymphtheilchen entweder vernichte oder abschwäche. Eine Stütze für seine Ansicht findet der Verf. in verschiedenen Literaturangaben und dem anatomischen Bau der Impfpustel, welche vor dem 9. Tage keinen Eiter enthält, mit diesem Tage aber sich mit Eiter anfüllt.

Bei der Revaccination, welche Verf. an sich selbst anstellte, erscheint an der Stichstelle keine zeitweilige Verdichtung, wenn die vorhergegangene Impfung noch fortwirkt; ist diese schon abgeschwächt, so bildet sich eine geringe Sclerose.

Prof. E. Rose: «Herztamponade». (Deutsche Zeitschr. für Chirurg. Bd. XX. Hft. 5).

Nicht die Tamponade, welche die Hand des Chirurgen ausführt zum Zweck der Blutung, ist gemeint, sondern die verhängnissvolle Tamponade, welche die Natur selbst besorgt, indem Blut resp. Serum oder Eiter so weit im Herzbeutel angesammelt wird, dass die Herzthätigkeit in hohem Grade behindert oder aufgehoben wird. Ein Vorgang, der dem Verf. zufolge, in den meisten Fällen der Herz- oder Herzbeutel-Verletzungen den Tod des Kranken allein verursacht, daher aber auch einen sehr erfolgreichen Angriffspunct für die Therapie solcher Verletzungen bietet. Verf. theilt aus seiner Praxis 20 Fälle vom Herzverletzungen mit, sowie 3 weitere Fälle von Herztamponade aus nicht traumatischer Ursache. Alle diese Fälle sind ausführlich berichtet und bieten grosses Interesse. Erwähnt sei, dass Verf. eine principielle, scharfe Scheidung der Herzverletzungen von den Läsionen des Herzbeutels allein für unnütz und falsch hält, da unter normalen Verhältnissen, d. h. ohne Exsudat im Herzbeutel eine isolirte Verletzung des Beutels allein kaum möglich erscheint. Verf. hat bis jetzt nur Obductionen gesehen, wo bei näherem Zusehen sich auch eine Verletzung des Muskels vorfand.

Die interessante Casuistik kann hier nicht reproducirt werden. Ueberraschend ist, wie günstig sich die Genesungsziffer stellt und die fatalistische Apathie der Aerzte in Bezug auf Herzverletzungen zu bannen, ist ein Hauptzweck, den Verf. mit seinem Aufsatz bezweckt; der Name des Autors wie die Darlegung des Einzelfalls weist die Bedenken jedes Skeptikers zurück. Alle die 20 Herzverletzungen sind entweder bei Rippenbrüchen in der Herzgegend vorgekommen, wo sie dann subcutaner Natur waren, oder bei Stichen oder Schusswunden in der Herzgegend und zwar verhielten sich jene subcutanen Rupturen des Herzens zu den Herzstichen und zu den Schusswunden wie 8 (mit einer Mortalität von 25 %) zu 7 (mit einer Mortalität von 57 %) und zu 5 (mit einer Mortalität von 60 %). Nimmt Verf. aber nur die 16 Fälle, deren Behandlung ihm selbst oblag (die anderen hatte Verf. erst bei der Section als Expert gesehen), so verhalten sich die Resultate noch günstiger.

Bei 8 Rupturen war die Mortalität	25 %
» 4 Stichwunden » »	25 %
» 4 Schusswunden » »	50 %
In Summa bei 16 Fällen »	31 %

Bei näherer Betrachtung gestalten sie die Mortalitätsverhältnisse noch günstiger; bei einem Kranken (Rippenbruch), der gleichzeitig neben anderen unbedeutenden Verletzungen einen Splitterbruch des linken Oberarms davongetragen, trat das Delirium tremens zum 3. Mal und in demselben der Tod durch Lungenödem in Folge von Fettembolie ein, der Herzmuskelriss war in voller Heilung. In einem zweiten Fall (ebenfalls Rippenbruch) bestand eine schwere Hirnerschütterung neben 11. Zerreissungen von Eingeweiden. Die 3 anderen Todesfälle betrafen Herzwunden. Bei einer Stichwunde des Herzens trat der Tod ein, weil Pat. sich bei einem neuen Selbstmordversuch den Bauch öffnete und ein grosses Stück vom Blinddarm abtrug, so dass sich der Koth frei in die Bauchhöhle ergiessen konnte. Bei einer Schusswunde des Herzens ging der Pat. am 14. Tage an der gleichzeitigen Verletzung der Lunge — sie enthielt zwei Kugeln und zwei Rippen waren zerschmettert — zu Grunde, die Herzwunde war, obgleich die Kugel durch die ganze Scheidewand der Herzkammern hindurchgegangen, ganz geheilt, sogar ein Papierpfropf abgekapselt. Verf. kommt zu dem Schluss, es blieben trotz ihrer Gefahr noch genug Herzverletzungen, die in Behandlung kämen und es lohne sich, diese ernsthaft zu behandeln. denn von 16 solchen Fällen habe er eigentlich nur einen an dieser Verletzung selbst zu Grunde gehen sehen. Dazu gehöre aber, dass man sie vor allem nicht übersehe. Wichtig zur Diagnose ist natürlich der Angriffspunct der verletzenden Gewalt, bei Rippenbrüchen in der Herzgegend ist immer auf Herzverletzung zu fahnden. Besonders massiger Blutaustritt aus der Wunde deutet nur selten auf die Herzverletzung hin, ebenso beweist höchst selten die Bildung einer Herzbeutelfistel (Fall 20.) mit Ausfluss von Herzbeutelwasser, die Natur der Verwundung. Gleichzeitige Verletzung der linken Lunge

erleichtert die Diagnose sehr. Ein pathognomonisches Zeichen von Lungenverletzung sichert die Diagnose einer Herzverletzung schon allein, wenn die Lage der Wunde so ist, dass das Herz an ihrem Ort die Lunge deckt, hier findet sich aber auch ein directes Zeichen, dass Herz und Lunge gleichzeitig verletzt, die Pneumopericardie. Beim Pneumopericardium totale ist die ganze Herzdämpfung verschwunden und durch vollen Schall ersetzt, die Herztöne sind dabei oft garnicht zu hören. Die Erscheinungen durch Aufsitzen und Liegen des Pat. wandeln zu lassen ist verwerflich, weil gefährlich für den Pat. Bei partiellem Pneumopericardium ist die Tympanie in der Herzdämpfung sehr auffällig, ferner der metallische Klang, welcher im Herzwasser durch den Herzschlag bei Bewegung der Luftblasen entsteht — Mühlradgeräusch oder metallisch klingendes Plätschern. In einem Falle ist der metallische Klang der Herztöne bemerkt worden. Diese Zeichen verschwinden oft schnell. Viel schwieriger zu diagnostioiren sind Herzverletzungen ohne Wunden und Schädigungen der Lunge. Directe Zeichen von einiger Sicherheit für eine Verletzung am Herzbeutel oder Herzmuskel haben wir nicht. Abweichungen in den Herztönen, der Herzdämpfung und dem Pulse lassen solche Verletzungen erwarten. In manchen Fällen deuten darauf hin anhaltende, grosse Frequenz der Herzschläge, ohne sonstige Erklärung, Unregelmässigkeit und grosse Weichheit des Pulses neben Schwäche des Herzschlages, hochgradige Dyspnoe ohne die gewöhnlichen Gründe. Das werthvollste Zeichen bleibt die Blutung, die sich durch Zunahme der Herzdämpfung und Eintritt der Herztamponade manifestirt. Klärend wirken erst oft die Folgezustände, Pericarditis mit Reibegeräuschen, Exsudation und der allmäligen Ausbildung der Herztamponade, manchmal eine Endocarditis mit Ausgang in tödtliche Wassersucht, gelegentlich mal eine Herzfistel oder Brand beider Beine (Fall 13).

Was nun endlich die Therapie betrifft, so räth Verf. vor allen Dingen dem Pat. absolute Ruhe zu geben, vornehmlich möglichst wenig, selten und vorsichtig ihn untersuchen, und flüssige Nahrung, nicht Sprechen, Morphium, Eisbeutel. Ist Erstickungsgefahr oder heftige Blutung aus der Wunde, ausgiebiger Aderlass, bei beginnender Herztamponade wirkt derselbe ebenso rettend und erleichternd, wie die Tracheotomie bei Verlegung der Luftwege, endlich directe Entlastung des Herzbeutels durch Punction oder Incision. Erstere macht Verf. im 4. Intercostalraum 1 Ctm. nach innen von der Mamillarlinie. Beim Schnitt geht Verf. auch nicht weiter nach aussen als 1 Ctm. nach innen von der Mamillarlinie. Während der Punction soll es auffallend sein, wie während des Abflusses mit Abnahme der Herztamponade sich der Puls unter dem tastenden Finger hebt, regelmässig und voller wird. Verf. scheint es, als ob die Oberfläche des Herzens, wenigstens an der rechten Herzkammer, ziemlich unempfindlich ist, mit Ausnahme der Herzspitze, die ihm sehr empfindlich scheint. T.

W. Podwyssozki jun.: Zur Frage über die Morphologie des Kefirferments. (Wratsch № 34.)

Als wir jüngst ein Referat über die Arbeit Struve's (cf. Wochenschrift № 29. a. c.) brachten, erlaubten wir uns in einer Anmerkung unsere Zweifel an der Richtigkeit der Struve'schen Behauptungen auszusprechen und aus theoretischen Gründen zu motiviren. Nun liegt bereits von einem so competenten Forscher wie P. eine ausführliche Widerlegung der Struve'schen Ansichten vor.

P. hat gerade im verflossenen Sommer Gelegenheit gehabt, den Kefir an seinem Heimathorte zu studiren und ist es dadurch ihm leicht geworden, die Frage über die Dispora caucasica endgültig zu entscheiden.

Ueber seine mikroskopischen Untersuchungen der Burdjukwände, von Säcken, die schon längere Zeit zur Kefirbereitung benutzt gewesen, sagt P. Folgendes: Nachdem Stücke der Burdjuk's in gewöhnlicher Weise gehärtet, wurden dünne Schnitte daraus mit Hämatoxylin und Anilin gefärbt. Von der haarigen Seite ist nur das Stratum Malpighi erhalten mit hie und da vereinzelt eingestreuten Haarzwiebeln. Die ganze Dicke des Sackes besteht fast ausschliesslich aus mit einander so eng verfilzten Bindegewebsfäden, dass die sonst weiten Spalten zwischen den Gewebsfasern kaum bemerkbar. An der äussern Fläche des Burdjuk findet man nur an denjenigen Stellen, wo die Epidermisschicht irgendwie verletzt gewesen, Bacterienfäden, Zellen der Saccharomyces cerevisiae und des Oidium albicans. An der inneren Fläche des Burdjuk konnte P. nirgends auch nur eine Andeutung davon finden, dass der Kefirkeim sich irgend wo an die Wandung ansetze, geschweige denn aus derselben herauswachse. Die gequollenen Knollen schwammen überall frei in der Milch. Der Einwand Struve's, dass die Bergvölker zuweilen einfach dadurch ihr Getränk bereiten, dass sie Stücke eines Burdjuks in die Milch werfen und dadurch den Gährungsprocess hervorrufen, will nach P. nichts beweisen, denn die Leute halten ihre Gefässe und Burdjuk's derartig schmutzig, dass durch Burdjukstücke sehr leicht Gährung bewirkt werden kann, nur nicht die für Kefir specifische. Die an der Oberfläche der Burdjuk gefundenen Oidium lactis - Rasen stehen ebenfalls in keinem Zusammenhange mit dem Kefir. Ihr Vorhandensein erklärt sich leicht dadurch, dass die gefüllten Burdjuk gewöhnlich in einem dunklen Winkel der Wohnräume auf dem schmutzigen Boden liegen; ihre Oberfläche ist stets feucht, schmutzig und mit einer dünnen weisslichen Schicht bedeckt, die ausschliesslich aus Fäden des Oidium lactis besteht, die in die verschiedenen Spaltöffnungen der Burdjukwand hineinwuchern. Oidium lactis findet sich aber stets in Räumen, wo Milchwirthschaft getrieben wird.

Ferner, um die Behauptung Struve's, die Kefirknollen bestehen aus Bindegewebsfetzen, strikt zu widerlegen, hat P. nochmals genaue mikroskopische Untersuchungen der Knollen an Ort und Stelle im Kaukasus angestellt und wiederum sich überzeugen können, dass den Kern dieselben Bacterien bilden. Die daneben gehaltenen Bindegewebsfasern waren stets viel dicker, als die Bacterien. Somit entbehrt Struve's Ansicht jeglicher Grundlage.

Zum Schluss bemerkt P., dass er im Kaukasus sehr häufig kranke Kefirknollen gefunden, zum grössten Theile in Folge der fälschlichen Ansicht der Bevölkerung, dass man ihnen für recht grosse Knollen höhere Preise zahlen würde, denn der Handel mit denselben hat einen grossen Aufschwung genommen. Aus dem angeführten Grunde muss man also beim Verschreiben von Kefirknollen direct aus dem Kaukasus recht vorsichtig sein. Podwyssozki giebt folgende Adresse an, wo man gute und trockene Kefirknollen erhalten kann: „Кубанская область, городъ Баталпашинскъ, Карачеѣ, фельдшеру Тау султанъ Тамбіеву".

Der Preis ist pro 1 Pfd. = 20 Rbl. (ausserdem für 1 Pfd. Porto), für 1 Unze inclusiv Porto = 1 Rbl. P.

Riegner: Ueber Exstirpation des Mastdarms wegen ausgedehnter Verschwärungen. (Breslauer ärztl. Zeitschr. 1884. № 3).

Die Frage, ob es sich bei den Rectalgeschwüren stets um eine vorhergegangene venerische Infection gehandelt habe, offen lassend, wendet sich R. besonders der Therapie derselben zu, und empfiehlt zu dem Zweck eine von ihm in 4 Fällen mit günstigem Erfolg in Anwendung gebrachte Operationsmethode. Die von anderen (Hahn, Küster) behufs Abhaltung der Kothmassen von den Geschwüren ausgeführte Colotomie bietet neben der Unsicherheit, auch wirklich alles Inficirende von den Geschwürsflächen fern zu halten, die grosse Unbequemlichkeit des künstlichen Afters, den die Pat. ihr ganzes Leben hindurch tragen müssen. Denn wenn es auch hier wirklich zur vollständigen Verheilung der Mastdarmulcerationen kommt, so sind doch andererseits die nachträglich eintretenden Stricturen des Rectums so bedeutende, dass von einer Passage des Kothes nicht die Rede sein kann. R. nun führt seine Operation in der Weise aus, wie sie bei der Exstirpation von Rectumcarcinom geübt wird. Wenn auch die Schwierigkeiten bei der Operation ziemlich bedeutende sind (Blutung, leicht zerreissliches, von Geschwüren und Eiterherden durchsetztes Gewebe), so sind dagegen die Gefahren des *Recidivirens* nicht so grosse, wie beim Carcinom, selbst wenn nicht *alles Krankhafte* entfernt würde, da doch durch Abtragung eines grösseren Stückes des Rectums die höher gelegenen Partien der localen Therapie zugänglicher gemacht werden. Besonders macht R. noch darauf aufmerksam, dass bei schon bestehender Strictur, die übrigens nur selten zu fehlen pflegten, die Abtragung über der verengten Stelle zu geschehen hat. Vorbereitung und Ausführung der Operation sind die gewöhnlichen; nur weicht R. insofern von der Velpeau'schen Methode ab, als er, nach Freilegung des zu amputirenden Darmstücks, dasselbe erst seiner ganzen Länge nach aufschneidet, in den obersten Wundwinkel eine Naht legt, und dann nach beiden Seiten hin abwechselnd mit der Scheere abträgt. Auf diese Weise wird das Unterbinden der einzelnen Gefässe erleichtert, und gleichzeitig mit Sicherheit nur im Gesunden abgesetzt. S.

Paul Snyers: Doppelseitiger Bruch der vorderen Wand des äusseren Gehörgangs. (Separatabdruck aus den Annales de Liège. 1884).

Ein Beitrag zur spärlichen Casuistik der Verletzungen des knöchernen Gehörgangs. Nachdem Verf. ein geschichtliches Exposé gegeben, theilt er seinen Fall in extenso mit, dessen Symptome sich vollständig mit den Requisiten dieser Verletzungen decken, nämlich Wunde des Kinns, Otorrhagie, Fehlen von Hirnsymptomen, meist Integrität des Trommelfells, Unvermögen zu kauen und Verletzung der vorderen Wand des Gehörgangs durch die Condylen des Unterkiefers, die zuweilen den Gehörgang verstopfen.

Daran schliesst Verf. eine Besprechung des Mechanismus der Fractur, die experimentell geprüft worden, zu deren Zustandekommen eine indirecte Verwundung durch den Condylus (Fall auf das Kinn), wozu Mangel der Backenzähne wesentlich beiträgt, erforderlich ist.

Eine Bemerkung muss sich Ref. erlauben, nämlich dass Verf. die Auskleidung des Gehörgangs eigenthümlicher Weise «muqueuse» nennt. N.

Géza v. Antal: Die Anwendung der Massage bei der Erweiterung der callösen Strictur der Harnröhre. (Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 23).

Bei callösen Stricturen liess die Schwierigkeit des Durchdringens und Erweiterns nicht sowohl in der Enge derselben als in der massigen bindegewebigen Wucherung und Infiltration der Harnröhrenwand und der nächsten Umgebung, so dass die Strictur zuweilen von einem bis mehrere Centimeter dicken Ring umgeben ist. Diese Bindegewebsanbildung bringt Verf. durch Massage sehr schnell zum Schwunde, 8—10 Minuten werden die Streichungen in jeder Sitzung

gemacht. In den 6 mitgetheilten Krankengeschichten scheint der Erfolg eclatant. Auch meint Verf. es werde einem Recidiv der Strictur am besten vorgebeugt durch diese Behandlung, da die massige Bindegewebsschicht um die Harnröhre die Ursache der häufigen Recidive sei. Die Krankengeschichten sind noch zu neu, um in dieser Frage beweisend sein zu können. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. Hartmann: Die Krankheiten des Ohrs und deren Behandlung. Th. Fischer. Berlin 1884.

Obgleich Ref. kein Freund kurzgefasster Compendien, da solche eigentlich nur goldne Brücken sind und durch die halbes Wissen bezweckt wird, muss er bezüglich vorliegenden Buches sein Urtheil modificiren. Verf. hat es verstanden, in Kürze die ganze Lehre der Ohrenkrankheiten vollständig wiederzugeben. Natürlich konnte Manches nur angedeutet werden, jedoch kann man sich ein klares Bild von dem bis jetzt Feststehenden machen, aber auch das Controverse ist vollständig berücksichtigt. Dem Anfänger, der sich mit der Lehre bekannt machen will, dem praktischen Ärzte für sein Wirken, bis Specialwissen eintreten muss, dem Examinanden, der ein gutes Repetitorium braucht, ihnen ist Rechnung getragen; und können wir das Buch ihnen als nutzbringend empfehlen. Es ist anziehend und leicht geschrieben. Instructive Zeichnungen erläutern den Text. N.

Carl S. F. Credé: Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (Ophthalmoblenorrhoea neonatorum) der häufigsten und wichtigsten Ursachen der Blindheit. Berlin 1884. Verlag v. Aug. Hirschwald. pag. 63.

Nicht die Desinfection der Scheide, sondern nur die der Augen selbst führt zum gewünschten Ziele..

Das in der Leipziger Entbindungsanstalt zur Verhütung der Ophthalmoblenorrhoe neonatorum geübte Verfahren ist Folgendes. (Wir halten uns strikt an den Wortlaut des Verfassers):

«Die Kinder (*Alle*, der Gesundheitszustand der Mütter bleibt ohne jede Berücksichtigung) werden nach der Abnabelung zunächst von der Hautschmiere und dem an ihnen haftenden Blute, Schleime etc. in der bekannten Weise befreit, dann in das Bad gebracht und dabei die Augen mittelst eines reinen Läppchens oder besser mittelst reiner Brun'scher Watte nicht mit dem Badewasser, sondern mit anderem reinen gewöhnlichen Wasser äusserlich gereinigt, *namentlich* von den Lidern alle anhaftende Hautschmiere beseitigt. Dann wird auf dem Wickeltische, *vor* dem Ankleiden des Kindes, jedes Auge mittelst zweier Finger ein wenig geöffnet, *ein einziges, am Glassstäbchen hängendes Tröpfchen einer 2% Lösung von salpetersaurem Silber* der Hornhaut bis zur Berührung genähert, und mitten auf sie fallen gelassen. *Jede weitere Berücksichtigung der Augen unterbleibt.* Namentlich darf in den nächsten 24—36 Stunden, falls eine leichte Röthung oder Schwellung der Lider mit Schleimabsonderung folgen sollte, die Einträufelung *nicht wiederholt werden*».

Seit Einführung obigen Verfahrens erkrankte in der Leipziger Entbindungsanstalt in den ersten sieben Tagen *kein einziges Kind* an Ophthalmoblenorrhoe.

Verf. theilt folgende Zahlenreihe über die in den letzten Jahren in der Leipziger Entbindungsanstalt beobachteten Augenentzündungen der Neugeborenen mit:

Jahr.	Zahl d. Geburten.	Zahl der Augenerkrankungen.	Procentsatz.
1874	323	45	13,6%
1875	287	37	12,9%
1876	367	29	9,1%
1877	360	30	8,3%
1878	353	35	9,8%
1879	389	36	9,2%
1880 bis zum 31. Mai.	187	14	7,6%
1880[1]) vom 1. Juni bis zum 8. December.	200	1[2])	0,5%
1880 (7 Monate)	211	1	0,49%
1881	400	1	0,25%
1882	418	2	0,49%
1883 (3 Monate)	131	0	0,00%

Der eine Erkrankungsfall von 1880 ist, wie schon vermerkt, nicht zu rechnen, da die Augen nicht desinficirt worden waren. Der Fall von 1881 kam erst am 9. Tage zu Stande, wahrscheinlich in Folge einer Infection durch die Absonderung aus den Geschlechtstheilen der Wöchnerin. Von den beiden Erkrankungsfällen im Jahre 1882 theilt Verf. mit, dass die Mutter des einen Kindes eine mit Tripper und Syphilis behaftete Erstgebärende war, und glaubt Verf., dass in diesem Falle die Desinfection der Augen des Kindes, obwohl gleich nach der Geburt vorgenommen, doch zu spät kam, im zweiten Falle handelte es sich nur um eine ganz leichte catarrhalische spontan heilende Conjunctivalaffection.

[1]) Einführung des oben beschriebenen Verfahrens.
[2]) Ein Fall, in dem die Desinfection der Augen unterblieben war.

Als richtigen Procentsatz der Erkrankungen seit Einführung obigen prophylaktischen Desinfectionsverfahrens der Augen (1. Jun 1880) notirt Verf.:

Für 1880 (7 Monate vom 1. Juni)	= 0,00%
» 1881	= 0,00%
» 1882	= 0,25—0,49%
» 1883 (3 Monate)	= 0,00%

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass, da auch andere Collegen sich von der Bedeutung seines Verfahrens überzeugt haben, dieses zu weiteren Versuchen ermuthigen wird und möchte alle, in den Entbindungsanstalten mit demselben gewonnenen Erfolge veröffentlicht wissen.

In Anbetracht des so wichtigen Gegenstandes möchten wir Credé's Büchlein den Collegen auf's wärmste empfehlen, um so mehr als es uns der Raum verbietet, näher auf alle die vom Verf. berührten, mehr oder weniger eingehend besprochenen höchst wichtigen Fragen einzugehen. L.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth. — Kurze Anleitung zur Harnuntersuchung in der Praxis. Für Aerzte und Studirende von Dr. F. Penzoldt. — G. Fischer. Jena 1884.

— Ueber das Kumys-ähnliche Getränk «Kephir» und über den «Kephir»-Pilz von Dr. H. Krannhals. Mit 1 Tafel. (Sep.-Abd. a. d. «Deutsch. Arch. f. klin. Med.» 35. Bd.)

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens von Dr. W. Roth. 9. Jahrg. Bericht für das Jahr 1883. (Supplementbd. z. «Deutsch. milit.-ärztl. Zeitschrift»). — E. Mittler & Sohn. Berlin 1884.

— Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten. Vortrag, gehalten von Dr. L. Löwenfeld. (Sep.-Abd. a. d. «Aerztl. Intelligenzbl.) — J. A. Finsterlin. München 1884.

— Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für prakt. Aerzte und Studirende von Dr. H. Eichhorst. Uebersetzt von Dr. N. Krusenstern 9. Lieferg. — C. Ricker. St. Petersburg 1884. (russ.)

— Ueber die Blutcirculation in den Nieren und ihre secretorische Thätigkeit bei Unterbindung der Arteria renalis von E. Werbitzky. — Kiew 1881. (russ.)

— Mittheilungen der Naturforschergesellschaft in Kiew. 7. Bd. Th. 2. — Kiew 1884. (russ.).

— Ueber die neueren Bestrebungen in der Therapie von Prof. Liebermeister. Uebersetzt und mit einem Vorwort versehen von Dr. M. Afanassjew. — C. Ricker. St. Petersburg 1884. (russ.).

— Lehrbuch der Physiologie für akademische Vorlesungen und zum Selbststudium. Neu herausgegeb. von Dr. A. Gruenhagen. 7. neu bearbeit. Aufl. Mit 250 Holzschnitt. im Text. 1. Lief. — L. Voss. Hamburg und Leipzig 1884.

— Wreden's Sammlung kurzer med. Lehrbücher. Bd. 9, Lehrbuch der speciellen Chirurgie als Einführung in die chirurgische Praxis. Für Aerzte und Studirende von Dr. A. Genzmer. 1. Abtheil. Mit 31 Abbildungen in Holzschnitt. — Fr. Wreden. Braunschweig 1884.

— Note sur une methode particulière de transfusion au moyen de sang ayant subi l'action de la peptone par M. Afanassjew. (Extr. des «Compt. rendus et mémoir. de la société de biologie).

— Ueber das dritte Formelement des Blutes im normalen und patholog. Zustande und über seine Beziehung zur Neubildung des Blutes von M. Afanassjew. Vorläufige Mittheilung. (Sep.-Abd. a. d. «Wratsch» № 19). (russ.).

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 24. October 1883.

Dr. Froebelius bespricht die Frequenz der Miliartuberculose im hiesigen Findelhause. Der ungewöhnlich grosse Mangel an Ammen, der seit dem 10. September 1882 in fortwährender Progression bis zum März anhielt, hatte, ausser der fortwährend zunehmenden Sterblichkeit überhaupt, in den 3 Monaten Januar, Februar, März unsere Aufmerksamkeit auf eine Krankheit gerichtet, die in der Regel als eine seltene im Findelhause bis jetzt beobachtet worden ist, es ist die Miliartuberculose. — Während noch in den letzten Monaten vorigen Jahres zu 2 und 1 Fall monatlich zur Beobachtung kamen, waren im Januar bereits 12 Fälle, im Februar 21 und im März 29 Fälle nachgewiesen. Das auffallend häufige Auftreten der Miliartuberculose legte die Annahme nahe, dass es mit der höchst mangelhaften Ernährung der Kinder im Zusammenhange stehe und bewog uns einen Rückblick auf frühere Jahre zu werfen, um zu eruiren, ob nicht ähnliche ungünstige Bedingungen der Ernährung einen solchen Zusammenhang nachweisen liessen. Es war uns in Erinnerung, dass vor 10 Jahren, 1874 absoluter Ammenmangel geherrscht hatte und

die Kindersterblichkeit auf 35 % gewachsen war, und es erwies sich, dass in demselben Jahre 127 Fälle von Miliartuberculose zur Beobachtung kamen; damals freilich in den letzten 3 Monaten d. Jahres, während in diesem Jahre im Beginn desselben, — trat die Krankheit in grosser Häufigkeit auf, aber die nachtheiligen Einflüsse wie: unzureichende Ernährung und Ueberfüllung des Hauses, — hatten in beiden Jahren monatelang vorher bestanden. — Für den Zusammenhang des Auftretens der Miliartuberculose mit schlechten hygienischen und diätetischen Verhältnissen spricht auch das Alter der Erkrankten, denn fast Alle waren zwischen 2 und 7 Monaten alt, waren also längere Zeit den erwähnten ungünstigen Bedingungen ausgesetzt gewesen, welche u. A. die der Krankheit stets vorhergehenden Diarrhoen bedingt hatten.

Wenn wir nun die beiden Jahre 1874 und 1883 mit den übrigen Jahren vergleichen, so finden wir stets mit dem selteneren Auftreten der Miliartuberculose bessere hygienische und diätetische Verhältnisse vor und können nachweisen, dass, wie sich diese Verhältnisse bessern, auch die Tuberculosis seltener auftritt.

Im Jahre 1874 aber war bis auf 9 Tage stets absoluter Mangel an Ammen vorhanden, und zwar stillten täglich 400 Ammen je 2 Kinder, die Mortalität erreichte 35 %, die Anzahl der Miliartuberculose 127 Fälle. Im Jahre 1883, nachdem vom September bis März bis 400 Ammen täglich 2 Kinder stillten, in 3 Monaten 62 Fälle bei allgemeiner Mortalität von 38,3 % Nachdem im April reichlicher Zufluss von Ammen eintrat, nahm die Zahl der Tuberculosefälle rapide ab, und zwar für April nur 7 Fälle (gegen 29 im März), im Mai 5 Fälle. Die langdauernden Durchfälle, die mangelhafte Lungencapacität, die Häufigkeit atelectatischer und pneumonischer Processe mögen successiv die Disposition zur Tuberculose bedingen, und diese Disposition mag dem Bacillus Kochii Gelegenheit geben, sich rasch zu entwickeln und die Krankheit zum Ausbruch zu bringen. In diesem Sommer war wieder bedeutender Ammenmangel, und stillten je 2 Kinder im Juni 180 Ammen, im Juli 300, im August 270, die Mortalität nahm wieder zu — aber es wurde in jedem dieser Monate nur je ein Fall von Tuberculose beobachtet. Diese interessante Beobachtung liesse sich einigermassen durch die Ventilationsverhältnisse erklären, da während der 3 Sommermonate die Fenster vom Morgen bis Abend geöffnet, die Luftströmung und der Luftwechsel ergiebig sind, während die Lufterneuerung in den Wintermonaten eine höchst mangelhafte ist. Schlechte, durch längere Zeit bestandene Ernährungsverhältnisse und schlechte Luftbeschaffenheit zusammen, mögen im Beginn dieses Jahres die Tuberculose so häufig haben entstehen lassen, den Sommermonaten waren im April und Mai relativ gute diätetische Zustände vorausgegangen und die bessere Luft während des Sommers mag, trotz Wiederkehr des Ammenmangels, vor Ausbruch der Miliartuberculose geschützt haben.

Was den Sectionsbefund betrifft, so waren im Jahre 1874 von den 127 Fällen von Miliartuberculose, 115 mit pneumonischen Affectionen verbunden, nur 12 boten bei disseminirten miliaren Tuberkeln der verschiedensten Organe, lediglich käsig entartete Lymphdrüsen. In diesem Jahr waren ebenso fast alle Fälle von Miliartuberculose mit käsigen Drüsenherden vergesellschaftet, nur in 3 Fällen liessen sich solche nicht nachweisen.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Amburger.

Vermischtes.

— Die Academie der Wissenschaften hat dem Professor Tschistowitsch für sein treffliches Werk «Geschichte der ersten medicinischen Schulen in Russland» die Uwarow-Prämie im Betrage von 500 Rbl. verliehen.

— Professor Dr. Leshaft, erster Prosector am anatomischen Institut des Prof. Gruber, ist um seinen Abschied eingekommen. Wie verlautet, wird L. Nachfolger des Professors der Anatomie an der hiesigen Universität Owsjanikow, welcher seine Lehrthätigkeit aufgiebt.

— Prof. extraord. Dr. H. Braun in Heidelberg hat den an ihn ergangenen Ruf als Prof. ord. der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik an der Universität Jena angenommen.

— Als Nachfolger Prof. Grützner's auf dem Lehrstuhl der Physiologie in Bern ist Prof. Kronecker aus Berlin berufen worden.

— *Verstorben*: 1) In Iwangorod der Ordinator am dortigen Militärhospital Bulgak; 2) In Werchneudinsk der Landarzt Targonski.

— Wie Odessa'sche Zeitungen melden, ist Dr. Ebermann vor Kurzem im Auftrage des Ministeriums der Volksaufklärung in Odessa gewesen, um wegen der Errichtung einer medicinischen Facultät an der dortigen Universität mit der Stadt- und Landschaftsverwaltung zu unterhandeln.

— Nach einer Zusammenstellung des «Landschafts-Jahrbuches» betrugen die Gesammtausgaben in allen den Gouvernements Russlands, in welchen die Landschaftsinstitution bereits eingeführt ist (mit Ausnahme des Chersonschen Gouvernements und einiger Kreislandschaften, deren Budget unbekannt geblieben ist) gegen 31 Millionen, von denen 21 % auf das Landschafts Medicinalwesen (das Veterinärwesen nicht mitgerechnet) kommt. Die Landschaft verwendet mithin auf die Volksgesundheit in den Gouvernements, in welchen die Landschaftsverwaltung bereits existirt, mehr als die Krone in ganz Russland. (Wr.)

— Prof. Finkler und Dr. Prior aus Bonn haben sowohl auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg, als auch im Reichsgesundheitsamte in Berlin den Bacillus der Cholera nostras demonstrirt und soll Dr. Koch die auffallende Aehnlichkeit desselben mit seinen Präparaten der Cholera asiatica zugegeben, dagegen über die Cultur etc. sich das endgültige Urtheil vorbehalten haben. (A. m. C.-Ztg.)

— Vor Kurzem gelangte vor dem St. Petersburger Friedensrichter des 12. Bezirks die *Klage des Dr. Kaplun gegen den Kaufmann Kamenew wegen thätlicher Beleidigung* zur Verhandlung. Dr. Kaplun war nämlich in der Nacht auf den 10. September in die Wohnung des Angeklagten, welcher seiner Frau in trunkenem Muthe eine Kopfwunde beigebracht hatte, abgeholt worden und war von Kamenew, während er noch beim Verbinden der Wunde beschäftigt war, mit Schimpfworten überhäuft und schliesslich thätlich insultirt worden. Nachdem Dr. Kaplun darauf hingewiesen, dass unter derartigen Umständen Krankenbesuche in der Nacht mit Gefahr verbunden seien, wozu noch der Umstand hinzutrete, dass die einzigen Zeugen in solchen Fällen meistens Dienstleute seien, welche zu Gunsten ihrer Herrschaften aussagten, verurtheilte der Friedensrichter den Kaufmann *Kamenew* für thätliche Beleidigung des Dr. Kaplun bei Erfüllung seiner ärztlichen Pflichten zu einer Gefängnissstrafe von drei Monaten.

— Von der *neuen russischen medicinischen Zeitschrift «Medizinskija Nowosti»* (Medicinische Neuigkeiten), deren Erscheinen wir vor einiger Zeit avisirt haben, liegt uns die erste Nummer bereits vor. Dieselbe wird unter der Redaction des Docenten der militär-medicinischen Academie, Dr. Wladimir Popow, vom 1. September bis 1. Juni dreimal wöchentlich (jeden Sonntag, Mittwoch und Freitag), in den drei Sommermonaten dagegen einmal in der Woche (am Sonntag) erscheinen. Herausgeber derselben ist der Typographiebesitzer *Zederbaum*.

Im Vorwort motivirt die Redaction das Erscheinen der neuen Zeitschrift durch das immer dringender sich äussernde Bedürfniss nach fachwissenschaftlichen Organen, welche, wenn auch nicht jeden Tag, so doch häufiger als ein Mal in der Woche, wie das jetzt ist, über die Vorgänge und Fortschritte in ihren Specialfächern berichten. Namentlich in der Medicin, welche im Vergleich zu den anderen Specialitäten, die grösste Zahl von Repräsentanten aufzuweisen hat, sei diese Lücke schon längst empfunden worden. Was das Programm der neuen Zeitschrift anbelangt, so will *dieselbe neben* Originalartikeln und Uebersetzungen, Referate, *Uebersichten und* kleinere Mittheilungen aus allen Gebieten der Medicin, Veterinärkunde und Pharmacie bringen. Besondere Aufmerksamkeit soll der russischen medicinischen Statistik gewidmet werden.

Die uns vorliegende Nummer enthält: 1) einen (noch unvollendeten) Originalartikel von A. Lipski «Zur Casuistik und Aetiologie der Steinkrankheit in Russland»; 2) eine Besprechung des Berichtes des Haupt-Militär-Hospitalcomités pro 1882 von N. Werewkin; 3) einen an die am 1. September c. vollzogene Recreirung der beiden ersten Curse der milit.-med. Academie anknüpfenden Rückblick auf die Entwickelung dieses Instituts. Es folgen dann ein Bericht über die 1. Septembersitzung der russischen ärztlichen Gesellschaft, verschiedene kleinere Mittheilungen, Personalnachrichten, Vacanzen u. s. w.

Der Abonnementspreis beträgt nur 6 Rbl. für das Jahr.

So weit uns die medicinische Presse der verschiedenen Nationen bekannt ist, haben nur die Franzosen zwei medicinische Zeitschriften (Union médicale und Gazette des hôpitaux), welche 3 Mal wöchentlich erscheinen; es dürfte also die neue russische Zeitschrift das dritte medicinische Organ der Welt sein, welches so häufig herausgegeben wird. Ob dieselbe dabei wird bestehen können, das wird die Zeit lehren. Wir wünschen jedenfalls der neuen Collegin dazu den besten Erfolg! Bf.

— In der Berliner chirurgischen Klinik sind die seit 4 Jahren daselbst die Krankenpflege ausübenden Schwestern und Diacone aus dem Diaconissenhause zu Bielefeld durch Victoria-Schwestern, die aus dem Berliner, unter dem Protectorate der deutschen Kronprinzessin stehenden «Victoria-Hause» stammen, abgelöst worden. Als Grund für die Ablösung der ersteren wird der «A. m. C.-Ztg.» mitgetheilt, dass seitens derselben wiederholt religiöse Bekehrungsversuche bei den Patienten gemacht worden sind.

— Morin (Thèse de Paris Avril 1883) *behandelt Acne* vulgaris und A. rosacea in der Weise, dass er mit dem Oehr einer Stopfnadel jede einzelne Pustel ansticht und den talgartigen Inhalt derselben entfernt und dann mit der, in Jodtinctur getauchten Spitze derselben Nadel den Grund der Pustel ätzt. (Bullet. de thérap. 15. Août 1884).

Berichtigungen. Wir bitten die Leser zwei Sinn entstellende Fehler aus dem Texte des in der letzten Nummer dieser Zeitschrift abgedruckten Nekrologes zu entschuldigen. In der ersten Spalte Z. 32 v. u. sind 7800 Opfer der Cholera in Orenburg genannt: es muss heissen 2800. Z. 40 v. u. ist von der zweiten Steppenreise Maydell's gesagt, sie sei *z. B.* Vergnügungsreise gewesen. Es muss heissen *z. Th.* Vergnügungsreise. — Ferner ist im Inhaltsverzeichniss Maydell zu lesen, statt Maydlel, und schliesslich p. 401 Sp. 1 Z. 8 v. o. 40° C. statt 0° C.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5. Октабря 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bitte man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 41. St. Petersburg, 13 (25.) October 1884.

ZUR SAECULAR-FEIER

DES

OBUCHOW-HOSPITALES.

In einigen Tagen wird das in unserer Stadt von Kaiserin *Katharina II.* gegründete Obuchow-Hospital sich eines 100-jährigen Bestehens rühmen können. Doch dieser Ruhm gründet sich nicht allein auf die lange Zeitdauer, nicht einmal vorzugsweise, sondern in vorwiegendem Maasse auf andere Momente.

Von der anfänglichen Zahl von 200 Betten auf 1,000 Betten angewachsen, hat das Obuchow-Hospital Zeiten gesehen — und sie dauerten oft lange — wo die Krankenzahl nicht unter 1,300 sank. Im Laufe eines Jahres sind bis 3,400 Flecktyphuskranke aufgenommen worden, zur schlimmsten Zeit der Cholera bis 123 Cholerakranke täglich, im Jahre 1878 im Ganzen 16,730 Kranke. Somit hat das Hospital, von der grossen Kaiserin aus humanen Rücksichten und zu humanen Zwecken gegründet, den Intentionen seiner hohen Gründerin zu entsprechen gewusst: was geleistet werden *konnte*, *wurde* geleistet.

Es gab eine Zeit — und sie ist wohl noch nicht vorüber — wo es für eine Ehre galt am Obuchow-Hospital zu dienen, wo es für jeden Arzt als gute Empfehlung galt wenn es hiess: er dient am Obuchow-Hospital. Es wurde dort eben auch dem Dienste der Wissenschaft mit Eifer obgelegen. Wir wollen hier nur der aus diesem Hospitale hervorgegangenen bekannten Arbeiten über Febris recurrens gedenken, welche dieser Krankheit so zu sagen erst das akademische Bürgerrecht in der langen Reihe der wissenschaftlich festgestellten Plagen der Menschheit sicherten. Eine ganze Reihe unserer namhaftesten und tüchtigsten Praktiker ist aus diesem Hospitale hervorgegangen, welches für die jungen Aerzte eine wahre Hochschule in praxi war.

Und so manche von ihnen mussten ihr Leben lassen bei Erfüllung ihrer Pflicht, junge und ältere Collegen. Es sind ihrer allein 16, welche inficirt von den Kranken, die ihrer Sorge überlassen waren, den ehrlichen Soldatentod des Arztes starben; und einer starb in diesen Tagen, nachdem er vor fast 2 Jahren am Sectionstische mit dem tödtlichen Gift inficirt worden. Sie hielten aus und waren treu — sei es auch bis in den Tod.

Und so ist das Obuchow-Hospital gewesen eine Pflegestätte der Humanität, eine Rüstkammer der Wissenschaft, ein reiches Arbeitsfeld für treue Pflichterfüllung.

Ehrendes Angedenken den Dahingeschiedenen, achtungsvollen collegialen Gruss und vollste Anerkennung den überlebenden und noch daselbst wirkenden Collegen! Dem Obuchow-Hospitale selbst aber wünschen wir, dass es den ehrenvollen Platz, den es bisher unter den gleichartigen Anstalten eingenommen, auch stets behaupten möge!

Die Redaction.

Zur Casuistik des hohen Steinschnitts mit Anlegung einer Blasennaht.

Vortrag, gehalten im Verein Russischer Aerzte.

Von

J. J. Makawejew.

In letzter Zeit hat der hohe Steinschnitt die Aufmerksamkeit vieler Chirurgen auf sich gezogen, hauptsächlich im Hinblick auf die Möglichkeit, eine Blasennaht und antiseptischen Verband anzulegen. Versuche in letzter Richtung findet man nicht selten in der gegenwärtigen medicinischen Literatur. Da eine Statistik der Epicystotomie noch sehr begrenzt, eine Statistik der Epicystoraphie beinahe garnicht existirt, ja selbst die Operationsmethode lange noch nicht als abgeschlossen gerechnet werden kann, so ist es verständlich, dass unter solchen Umständen jeder neue Fall Interesse bietet. Auf Grund dieser Betrachtungen hielt ich es nicht für überflüssig, einen von mir operirten Fall von hohem Steinschnitt mit nachfolgender Blasennaht zu beschreiben.

Im Jahre 1879 (Med. Westnik №№ 23—31 habe ich bereits 10 Epicystotomien, welche im Verlaufe der Jahre 1876 und 1877 in der Landpraxis von mir operirt wurden, beschrieben; doch waren diese Operationen ohne Anlegung von Nähten ausgeführt worden. Ich halte es nicht für überflüssig ihrer in Kürze Erwähnung zu thun.

Die Operirten waren folgenden Alters:

1	2 Jahr	1	13 Jahr
1	4 »	2	14 »
2	5 »	1	15 »
1	6 »	1	17 »
		10	Mittelzahl 9,5 Jahr.

Der allgemeine Ernährungszustand war bei Einigen gut; Andere jedoch waren mehr oder weniger erschöpft; die Krankheitsdauer schwankte zwischen 1 und 10 Jahren. Die Mehrzahl hatte einen gelinden Blasenkatarrh mit schwach saurer Reaction des Harns, mit Ausnahme zweier, von denen der Harn des Einen neutral, des Andern schwach alkalisch reagirte; 2 Kranke hatten einen sehr heftigen Blasenkatarrh mit alkalischer Reaction des Harns. Bestandtheile und Grösse der Steine waren ebenfalls verschieden. Vier fieberten bis zur Operation. Allein nach der Operation dauerte bei Allen der Fieberzustand nicht lange; gewöhnlich sank die Temperatur nach 2—3 Tagen, und gegen Ende der 1. Woche gelangte sie schon zur Norm oder nahm den Verlauf an, den sie bis zur Operation hatte und sank erst, mit dem Schwinden des Blasenkatarrhs Schritt haltend, zu den Normalschwankungen herab. Der Wundverlauf war, bei der Mannigfaltigkeit der Fälle, derselbe, mit Ausnahme von 3, von denen bei 2 oberflächliche Mortificationen auftraten, die jedoch keinen wesentlichen Einfluss auf die Verheilung hatten, und bei einem traten Erysipel und Decubitus hinzu, woran der Kranke auch zu Grunde ging. Harninfiltration wurde nicht ein einziges Mal beobachtet, ungeachtet des verschieden reagirenden Harns. Verletzung und Entzündung des Bauchfells fehlten gleichfalls. Vollkommene Wundverheilung trat in 5 Fällen im Verlauf von 4 Wochen ein, in einem Fall zog sich die Reconvalescenz 9 Wochen hindurch in Folge von beständiger Ausscheidung von Gries-Phosphaten mit dem Harn nach der Operation, die, sich auf der Oberfläche der Wunde auflagernd, den Heilungsprocess derselben verhinderten; in einem andern Fall wurde der Kranke erst nach 12 Wochen ganz gesund, da sich eine Fistel gebildet hatte; in einem Falle trat nach 8 Wochen vollkommene Heilung ein. Im letzteren Fall blieb die Ursache der Verzögerung mir unbekannt, da der Kranke grösstentheils sich nicht unter meiner Leitung befand. Schliesslich: es starben zwei; einer in Folge von Entkräftung, die bereits vor der Operation statthatte, der andere in Folge von Erysipelas migrans und nachfolgendem grossem Decubitus. In beiden Fällen kann folglich die Operation nicht als Primärursache des Todes angesehen werden. Der Gang der Operation, der weiter unten beschrieben wird, war in allen Fällen derselbe und ebenfalls die nachfolgende Einführung eines ½ Arschin langen dicken Drains in die Blase durch die Wunde, welches zum Ableiten des Harns als Siphon und zum Ausspülen der Blase diente.

Bei der Ausführung der Operation überzeugte ich mich, dass man im Kindes- und Jünglingsalter das Bauchfell vollkommen durch Füllen der Harnblase so weit nach oben verdrängen kann, dass die Gefahr einer Verletzung desselben gleich Null wird; wenigstens gelang mir dieses in allen meinen 10 Fällen vortrefflich. Jedesmal habe ich beim Füllen der Blase den Scheitel derselben ohne besondere Anstrengung um 4—5 Fingerbreit über die Schamfuge gehoben. Dabei zeigte sich, dass nach Durchschneidung der Bauchwand die Peritonäalfalte so weit hoch stand, dass ich vollkommen ruhig den Einschnitt in die vordere Blasenwand machte, sogar ohne vorher die Geschwulst und die Umschlagsfalte des Peritonäums mit den Fingern *nach oben* gedrängt zu haben, wie es gewöhnlich empfohlen wird. Nach Durchschneidung der Bauchwand und Auseinanderziehen der Wunde mit stumpfen Haken kann man sofort den Stand des Peritonäums deutlich wahrnehmen nach der Vorwölbung beim Athmen und beim Spannen der Bauchdecken des Kranken, was nicht selten zu geschehen pflegt. Schliesslich, um sich noch mehr vor der Verletzung des Peritonäums zu schützen, kann man das lockere Zellgewebe, welches zwischen Blase und Bauchwand liegt, und mit ihm das Bauchfell mit den hakenförmig gekrümmten Fingern hinaufdrängen. Auf diese Weise erhält man auf dem Grunde der Wunde nur die im gewünschten Umfange entblösste vordere Blasenwand, wobei keine Möglichkeit, das Bauchfell zu verletzen, vorhanden ist. Diese Methode hat ausserdem den Vortheil, — wenn auch keinen grossen — dass die in dem fortgedrängten Zellgewebe befindlichen Venen intact bleiben, wodurch die so wie so geringe Blutung auf ein Minimum reducirt wird. Mit der vorausgeschickten Anfüllung der Blase gelang es mir dieselbe sogar in den Fällen vorzuwölben, in denen ein sehr grosser fest eingekeilter Stein vorhanden war, der wenigstens zur Hälfte seiner Oberfläche eng der Blasenwand anlag, so dass nur hinter ihm ein freier Raum zur Ansammlung des Harns vorhanden war. Ein solches Verhalten pflegt gewöhnlich eine Contraindication zur Anfüllung der Blase zu sein. Die Extraction des Steins geschah mit der Kornzange, gewöhnlich leicht und ohne Mühe, mit Ausnahme des erwähnten Falles mit dem grossen Stein, welcher mit der Blasenwand zusammenhing; hier musste vorher mit dem Finger die Blasenwand von der Oberfläche des Steins abgedrängt werden. Dieses ist in Kürze die Beschreibung der Operationen, welche ohne Blasennaht vollführt wurden. Jetzt will ich genau den Fall beschreiben, bei welchem nach der Extraction des Steins an die Blasenwunde Nähte angelegt wurden.

20. Oct. 1882 trat ins Ssemenow'sche Alexander-Hopital der Soldat des finländischen Regiments A. R. 22 Jahre alt, aus dem Kalugaschen Gouvernement gebürtig, vom 1. Nov. 1880 an im Dienst be-

findlich. Mittlerer Habitus, mässiger Ernährungszustand, allgemeine Hautdecken bleich. Er klagt über häufigen Harndrang mit Strangurie. Harn etwas trübe, geringer Niederschlag, neutrale Reaction, beim Kochen trübt er sich; die Trübung schwindet nach Säurezusatz. Der Niederschlag enthält Eiter, Schleimkörperchen und Krystalle aus doppeltkohlensaurem Kalk. Die Untersuchung mit dem Katheter erwies in der Blase das Vorhandensein eines bedeutenden Steines. Körpertemperatur normal. Die ersten Anzeichen der Krankheit sollen nach Angabe des Patienten bald nach seinem Dienstantritt aufgetreten sein. In Hinblick auf die unzweifelhafte Anwesenheit eines Steins in der Blase und seine bedeutende Grösse, wurde beschlossen den hohen Steinschnitt mit nachfolgender Anlegung einer Blasennaht unter antiseptischen Cautelen, wie sie von Gurlt beschrieben worden, auszuführen. Am 18. wurde der Kranke bis zur vollen Narcose chloroformirt (natürlich waren vorher die Haare über der Schamfuge rasirt und der Leib gewaschen). Hierauf wurde die Blase vermittelst eines Katheters à double courant ausgewaschen und mit warmer 1% Carbolsäurelösung soweit gefüllt, dass ihr Scheitel ein wenig höher als die Mitte zwischen Symphysis und Nabel zu stehen kam und von aussen sichtbar war. Dazu waren 15℥ Flüssigkeit erforderlich. Hierauf wurde der Katheter geschlossen in der Blase liegend der Fürsorge eines Gehülfen übergeben, der den Penis zusammenzudrücken hatte, damit während der unwillkürlich wirkenden Bauchpresse das Ausfliessen der Flüssigkeit neben dem Katheter verhindert werde. Darauf wurde in der Linea alba ein 3 Zoll langer Schnitt, angefangen etwas unterhalb des Symphysenrandes, hinauf geführt durch Haut und Unterhautzellgewebe.

Hierauf wurde gleich mit dem Messer die Scheide des geraden Bauchmuskels eröffnet und zwischen Rectus und Pyramidalis der Weg mit dem Scalpellstiel und dem Finger weitergeführt; schliesslich wurden, um sich das Operationsgebiet bequemer zu machen, die Insertionen der Recti am Schambein eingeschnitten. Nach Auseinanderziehen der Wundränder mit stumpfen Haken zeigte sich in der Tiefe das oberhalb der Blase gelegene Zellgewebslager; die Umschlagsfalte des Peritonäums jedoch war in der ganzen Ausdehnung der Wunde nicht zu sehen. Um uns noch mehr davon zu überzeugen, liessen wir in der Narcose nach, um Contractionen der Bauchpresse hervorzurufen, wobei die Umschlagsfalte des Peritonäums, falls sie in der Nähe ist, sich stets in die Wunde hineinzuwölben pflegt, doch im gegebenen Fall zeigte sie sich nicht. Um dessen noch sicherer zu sein, dass wir die Blase vor uns hatten, wurde ihr vordere Wand mit dem Ende des Katheters vorgewölbt [1]); hierauf wurde die Blase durch 2 nahe aneinander eingeführte scharfe Haken fixirt, dieselben den Gehülfen übergeben. Der Einschnitt mit einem scharfen Bistouri in die vordere Wand entsprechend der äusseren Wunde so gross ausgeführt, dass der Zeigefinger der linken Hand sofort eindringen konnte worauf der Gehülfe die Flüssigkeit aus der Blase heraus liess und den Katheter entfernte. Sobald dieses geschehen war, verlängerte ich längs dem Zeigefinger mit einem geknöpften Bistouri den Blasenschnitt nach unten bis auf 2 Zoll, wobei eine unbedeutende venöse Blutung eintrat und sofort ohne den Finger herauszunehmen, suchte ich den Stein auf und extrahirte ihn mit der Prolypenzange. Nach Entfernung des Steines wurden Blase und Wunde sorgsam mit warmer 1% Carbolsäurelösung ausgespült; hierauf die Blasenwunde durch 7 Nähte aus carbolisirtem Catgut № 0 geschlossen. Da die Vorderwand der leeren Blase gewöhnlich ziemlich tief zu liegen pflegt, besonders in der Nähe der Symphysis, so war die Anlegung der Nähte an die untere Hälfte der Wunde schwierig; um die Wundränder zu nähern, wurden in die Wundwinkel Seidenligaturen eingeführt, an denen die Gehülfen die Vorderwand der Blase in die Bauchwunde hineinzogen und zugleich verhinderten, dass sich die Blase contrahire und sich hinter die Symphyse zurückziehe (die fixirenden Häckchen waren entfernt). Dank dieser Vorrichtung gelang es ohne besondere Anstrengung auch in der unteren Hälfte der Blasenwunde die Nähte anzulegen. Die Blasenschleimhaut wurde nicht mit in die Naht hineingenommen; eben dieser Umstand war die Hauptschwierigkeit, da es durchaus nicht leicht war, bei der allgemeinen Blutinfiltration und der Dünnheit der Blasenwand die Schleimhaut der letzteren zu unterscheiden.

Sobald die Blasenwunde geschlossen war, wurden die Ligaturen aus ihren Winkeln entfernt; die Blase contrahirte sich natürlich, zugleich aber verkleinerte sich der Einschnitt der Vorderwand bis auf 1 Zoll. Darauf wurde die Blase aufs Neue ausgespült und mit 1% Carbolsäurelösung gefüllt, um uns von der Schlussfähigkeit der Wundränder zu überzeugen, wobei durch die letzteren keine Flüssigkeit durchtrat. Nun wurde die Bauchwunde und die hinter der Bauchwand entstandene kleine Höhle mit 5% Carbolsäurelösung ausgespült und mit Jodoformpulver eingerieben. Hierauf wurden 4 tiefe Nähte angelegt, von denen die eine aus Silberdraht, die übrigen aus antiseptischer Seide bestanden; in den unteren Wundwinkel hinter der Symphyse wurde ein dickes Drain eingeführt, welches an den Wundrand angenäht und au niveau desselben abgeschnitten wurde. Ferner wurde ein grosser Verband aus Jodoformmarly, Salicylwatte und getheertem Werg angelegt, während in der Blase ein silberner Katheter à double courant liegen blieb. Nach dem Verbande wurde der Kranke ins Bett hinübergetragen und auf die Seite gelegt um dem Harne besseren Abfluss in ein untergestelltes Gefäss zu geben. Die Operation fand unter beständiger Carbolsäurezerstäubung statt. Der extrahirte Stein ist von Hühnerei-Grösse, eiförmig und wiegt getrocknet 11 Drachmen, er besteht aus harnsauren Salzen mit Kalksalzen an der Oberfläche.

Nach der Operation traten keine Reactionserscheinungen auf und der Kranke fühlte sich wohl, doch am nächsten Tage war der Verband an einzelnen Stellen blutig tingirt, weshalb derselbe gewechselt wurde, wobei an der Wunde nicht die geringsten Reactionserscheinungen gefunden wurden. Das Befinden des Kranken blieb die nächsten Tage unverändert; die Temperatur blieb normal, der Kranke fühlte sich wohl; der Harn, von schwach-saurer Reaction, floss leicht durch den Katheter ab. Den 21. wurde der 2. Verband gewechselt, da der Kranke in der Nacht geringe Schmerzen in der Wunde fühlte. Der Verband war trocken und nur in den untersten Schichten in geringer Ausdehnung von blutiger Flüssigkeit ohne Harngeruch durchnässt. An der Wunde keine Reactionserscheinungen. Die Hautwunde per primam verklebt, daher die Nähte herausgenommen wurden, während der Drain verkürzt wurde, in der Voraussetzung, dass die Schmerzen von ihm herrührten. In den nächsten Tagen blieb das Befinden des Operirten ohne Veränderung, keine Schmerzen, Temperatur normal, Harnabfluss unbehindert. 25. Nov. dritter Verbandwechsel, die untersten Schichten in ganz unbedeutender Ausdehnung leicht von Secreten durchtränkt, beinahe trocken, ohne Harngeruch; der Drain war aus der Wunde herausgefallen und an Stelle desselben blieb eine spaltförmige Oeffnung, in welche der Drain nicht mehr eingeführt werden konnte. An diesem Tage entfernten wir auch den Katheter, da der Harn in den letzten Tagen oft in der Blase zurückgehalten, bei dem Hervorstehen der Katheterspitze dennoch nicht aus der Wunde getreten war. Die Entfernung des Katheters war umsomehr indicirt, als sich leichte Reizungserscheinungen der Urethra zeigten.

Bis zum 28. Nov. ging Alles gut. Der Kranke hielt den Harn zurück und urinirte in der bestimmten Zeit; Verband blieb trocken, was unzweifelhaft als Beweis galt, dass die Blasenwunde per primam verwachsen war. In der Nacht jedoch auf den 28. Nov. empfand der Kranke kurze Zeit einen leichten Schmerz in der Wunde und gleich darauf zeigte sich durch den Verband Harn. Am Morgen wurde der Verband abgenommen, wobei bemerkt wurde, dass beim Uriniren der Harn in einem dünnen Strahl aus der Wunde hervortrat. Doch wurde der grössere Theil des Harns wie früher durch die Harnröhre entleert. Aus dem Gesagten ist ersichtlich, dass die Harnblase in der Nacht wahrscheinlich mit Harn sich mehr als gewöhnlich gefüllt und dass die frische Narbe, nicht im Stande der Dehnung zu widerstehen, nachgegeben hatte.

Von diesem Tage an fand der gewöhnliche Wundverlauf statt; statt des früheren Verbandes wurde eine Compresse aus Jodoformmarly aufgelegt. Die Wunde füllte sich recht bald mit Granulationen, Schmerzen im Leibe und an der Wunde waren nicht vorhanden; der Harn floss durch die letztere jedoch in unbedeutender Menge ab und die Wunde war auf die Weise der vollkommenen Verheilung nahe. Doch vom 4. Dec. fing der Kranke ohne sichtbare Ursache an zu fiebern. Die Möglichkeit einer Eiteransammlung in der Tiefe der Wunde zulassend, führte ich in sie ein Drain ein, was die Verheilung aufhielt. Während dessen wurden am 12. Dec. ganz zufällig 2 auf der linken Hüfte befindliche wenig schmerzhafte, subcutane Abscesse entdeckt, die die Ursache des Fiebers waren. Darnach wurde das Drain natürlich entfernt, und die Abscesse geöffnet. Zum 22. Dec. vernarbte die Wunde. Den 25. Dec. bildete sich in der letzteren eine schmale Fistel, aus der eine unbedeutende Menge Harns sickerte. Nach einigen Lapiscauterisationen war zum 1. Jan. die Fistel vollkommen verheilt, und der Kranke wurde bald als genesen aus dem Hospital entlassen. Während der Behandlung bis zur Hälfte des Dec. wurde täglich 2 Mal die Blase mit 1% Carbolsäurelösung ausgewaschen. (Schluss folgt).

[1]) Die Einführung des mit Wasser gefüllten Colpeurynters ins Rectum vor der Operation halte ich für überflüssig.

Ueber die Percussion des Darmkanals.

Von

P. Jaschtschenko.

Wir besitzen kein Mittel um die Quantität des Darminhaltes beim Menschen zu bestimmen, was doch von bedeutender praktischer Wichtigkeit sein würde. Die Anamnese giebt in dieser Beziehung höchst unsichere Resultate, die Percussion zeigt fast nur den Grad der Anfüllung der Därme mit Gasen an, und das in nur sehr unbestimmter Weise (von Hydrops, Geschwülsten etc. ist hier nicht die Rede). Die Palpation lässt bisweilen durch die Bauchdecken hindurch in diesem oder jenem Theile des Dickdarms eine Anhäufung festerer Massen erkennen; oft ist es aber von Wichtigkeit gerade die Menge des Darminhaltes zu bestimmen. In dieser Hinsicht giebt die Percussion durchaus zufriedenstellende Resultate. Die auf diese Weise angestellte Untersuchung des Dickdarms bei Erwachsenen und Kindern ergiebt zu verschiedenen Tageszeiten folgendes:

Beginnen wir mit dem Colon transversum. Des Morgens, vor erfolgtem Stuhlgange findet man einen mehr oder weniger gedämpften Percussionston in seiner linken Hälfte, während der Ton in der rechten Hälfte gewöhnlich wenig oder kaum merklich gedämpft ist, und das nur in geringer Ausdehnung. Das Colon descendens giebt lauten und tiefen tympanitischen Percussionsschall, welcher im Colon ascendens weniger laut und höher ist. Der obenerwähnte Schall der rechten Hälfte des Colon transversum nähert sich in seinem Timbre mehr dem des C. ascendens als dem des C. descendens. Eine geringe Dämpfung findet sich mitunter nur nahe der Mittellinie. Beim Percutiren muss man stets mit den am lautesten schallenden Darmpartien beginnen, — gewöhnlich also mit dem C. descendens — bei Rückenlage des zu Untersuchenden dasselbe nur schwach, aber wiederholt ausführen, um sich nicht zu versehen, und zwar übt man am besten die Fingerpercussion; bei kräftigem Percutiren überhört man leicht die Dämpfung.

Nach erfolgtem Stuhlgange verschwindet die Dämpfung der linken Hälfte des Colon transversum rasch (noch vor Beendigung der Stuhlentleerung oder doch sehr bald danach); der Inhalt dieses Darmtheils bewegt sich rasch (in Minuten, Secunden) durch das C. descendens in das S romanum. Dieser Vorgang wird von stellenweiser, sehr leichter Dämpfung des Percussionsschalles begleitet, da die Kothmassen offenbar nicht in grossen Klumpen, sondern in kleinen, rasch einander folgenden Brocken sich fortbewegen, darauf beginnt die Dämpfung der rechten Hälfte des C. transversum intensiver zu werden und an Umfang zuzunehmen. Diese Znuahme der Dämpfung geht ziemlich rasch vor sich (Stunden) und gewinnt dieselbe Stärke und Ausdehnung wie die vorher in der linken Hälfte des Colon bemerkte. Im Laufe des Tages bewegt sich diese Dämpfung allmälig vorwärts und findet sich meist erst am folgenden Tage in der linken Hälfte dieses Darmtheils, wo sie auch am vorhergehenden Morgen gefunden worden war. Das Colon descendens behält die ganze Zeit über, Tag und Nacht, mit Ausnahme der obenerwähnten kurz dauernden leichten Dämpfung während des Durchganges der Massen, seinen tympanitischen Schall bei wenn der Stuhlgang regelmässig erfolgt, — bis zum S romanum hin. Das Colon ascendens dagegen ändert im Verlauf von 24 Stunden seinen Schall (auf Minuten und länger) mehr oder weniger, dabei aber immer seinen tympanitischen Charakter bei mehr oder weniger hohem Timbre beibehaltend. (Die Dämpfung, welche stellweise und zeitweilig beobachtet wird, ist unbedeutend). Offenbar findet in diesem Theile des Darmes die Fortbewegung des Kothes und der Gase beständig wenn auch allmälig statt. Auf diese Weise bereitet sich die Dämpfung der rechten Hälfte des C. transversum vor, welche, wie oben gesagt, ihren höchsten Grad nach erfolgter Stuhlentleerung erreicht, nachdem der Inhalt der linken Hälfte in das S romanum vorgerückt ist.

Im Dünndarme (in der unteren Partie des Leibes) findet man die stärkste Dämpfung gegen Abend (4 St. nach dem Mittagessen); sie hält einige (3—5) Stunden an und verringert sich dann allmälig. Hier ist überhaupt keine solche Regelmässigkeit zu bemerken wie in den dicken Därmen. Der Percussionsschall ändert sich hier in den verschiedenen Partien beständig, ist bald hell tympanitisch, bald dumpf; gegen Abend wird, wie gesagt, fast überall ein mehr oder weniger gedämpfter Schall gefunden [1]).

Aus diesem Allem geht hervor, dass die aufgenommene Speise nach 4 Stunden in den Dünndärmen erscheint. Gegen Abend (etwa um 10 Uhr, wenn das Individuum um 2 Uhr zu Mittag gegessen hat) beginnt sie aus dem Dünndarm ins Colon überzugehen; am Morgen des folgenden Tages, bald nach der Stuhlentleerung, findet sie sich in der rechten Hälfte des Colon transversum, den nächstfolgenden Morgen in der linken Hälfte um sofort nach erfolgtem Stuhlgange in das S romanum überzutreten, wo die Masse bis zum folgendenden Morgen liegen bleibt. Am Morgen des vierten Tages tritt sie in den unteren Theil des Rectum hinab und ruft Drang zum Stuhl hervor, wonach sofort neue Massen aus der linken Hälfte des C. transversum in das S romanum nachrücken. Dieses Bild bleibt dasselbe, unabhängig davon ob das Individuum ausser dem Mittagessen auch noch Abends Thee trinkt oder speist (während der Nacht habe ich die Fortbewegung des Darminhaltes nicht beobachtet, vermuthe aber dass die Dämpfung des Dünndarmschalles sich 4 Stunden nach dem Abendessen verstärken wird).

Bei eintägiger Verstopfung geht der Inhalt der linken Hälfte des Colon transversum meist nicht in das S roman. über, sondern bleibt an seiner Stelle; in Folge dessen gesellt sich zur Dämpfung dieser Partie auch bald Dämpfung der rechten Hälfte (Fall 1). Bisweilen bewegt sich der Inhalt aber trotz der Verstopfung nach abwärts in das S roman.; mitunter geschieht es auch, dass er einige Stunden oberhalb der Flexur stehen bleibt, was aus der Dämpfung in der unteren Partie des Leibes, entsprechend dem Colon descendens zu erkennen ist; danach erst folgt die Vorwärtsbewegung in das S romanum, und anderen Tages erfolgt die Ausleerung in doppelter Quantität (Fall 2). Wenn die Ausleerung im Fall 1 am folgenden Tage nicht stattfindet, so verbreitet sich der gedämpfte Percussionsschall auch über das obere Drittel des Colon descendens, woraus zu ersehen, dass der Inhalt des Querdarms sich um etwas vorwärts bewegt habe. Dämpfung findet man hier also in der ganzen Ausdehnung des Col. transvers. und des oberen Drittels des Col. descend, bis zur Hälfte desselben. Nach dreitägiger Verstopfung ist die Dämpfung über die ganze Ausdehnung des Col. transvers. und descend. verbreitet, und es lässt sich auf diese Weise die Dauer der Verstopfung annähernd bestimmen. Ich habe keine Gelegenheit gehabt diese Untersuchungen auch auf Fälle von noch länger dauernder Verstopfung auszudehnen.

Nicht selten bin ich auf Fälle gestossen, wo sich die Patienten um Hülfe gegen Durchfall an mich wandten, nachdem derselbe dem Opium und anderen Mitteln nicht hatte weichen wollen, wo die Untersuchung aber eine Anfüllung des ganzen Col. transvers. und descend. nachwies. In diesen Fällen ergab sich, dass dem Durchfall langdauernde Verstopfung vorhergegangen war. Statt des Opium verordnete ich natürlich Abführmittel, und der Durchfall stand sofort. Nicht selten geben die Patienten an, dass der Stuhl regelmässig oder sogar häufiger als gewöhnlich sei, während thatsächlich eine Ueberfüllung des Dickdarms in Folge von ungenügender Entleeruug vorhanden ist. Bei wirklichem Durchfall und kurz vor dem Eintritt desselben geht der Inhalt des Col. transvers. in das Col. descendens über. Die Auftreibung der Därme durch Gase entsteht in Folge der Gegenwart unverdauter Speisen. Der Durchfall selbst bewirkt gewöhnlich keine Gasentwickelung. Eine mässige Gasentwickelung ändert kaum das obengezeichnete Bild der Dämpfungsregionen. Die Dämpfung über der rechten Hälfte des Col. transvers. unterscheidet sich von der durch Leberschwellung hervorgerufenen Dämpfung hauptsächlich durch ihre Wandelbarkeit.

Eine derartige Untersuchung des Darmes ermöglicht eine rationelle Behandlung der Stuhlverstopfung und der durch diese hervorgerufenen Krankheiten. — Wenn eine zufällige Verstopfung einen oder 2 Tage andauert, suche ich sie durch strengere Diät zu beseitigen; in den übrigen Fällen muss man zu abführenden oder anderen Mitteln seine Zuflucht nehmen.

---

[1]) Bei Untersuchung der Dünndarmgegend in der unteren Partie des Leibes habe ich dieselbe in 4 Theile getheilt und jeden derselben einzeln untersucht, welche Eintheilung sich als rationell erwiesen hat.

Einige Bemerkungen zur Inaugural-Dissertation des Herrn Dr. med. Max Edelberg: «Ueber den Eiweissgehalt des frischen Fleischsaftes.

Von Magister Martenson.

Vom Autor erhielt ich in den ersten Tagen des Aprilmonates diese seine Dissertation zugeschickt und gewährt es mir Vergnügen meinen verbindlichsten Dank für seine Liebenswürdigkeit hier auszusprechen. Gedrängt durch vielerlei Geschäfte, fand ich nicht gleich Zeit um mich mit dem Inhalte der Schrift näher bekannt zu machen, und wolle es mir der Autor freundlichst nachsehen, wenn ich erst jetzt das Versäumte nachhole.

In seiner Dissertation, welche eine Fülle interessanten Materiales birgt, citirt Dr. Edelberg eine kleine Arbeit über Fleischsaft, welche ich in der Pharmac. Zeitschrift für Russland 1879 veröffentlichte, und auf welche ich theilweise zurückkommen muss, weil mir von Dr. E. der Vorwurf gemacht wird, dass meine Ergebnisse nicht ganz mit den seinigen übereinstimmen. So findet er, pag. 16 der Dissertation, meine Angabe, dass der zuerst beim Pressen abfliessende Saft weniger Albumin enthalte, als die späteren, unter stärkster Steigerung des Druckes gewonnenen Mengen, mit seinen Ergebnissen als «im strictesten Widerspruche» stehend, und seinen Analysen nach ist es allerdings so. Dennoch muss ich meine Behauptung aufrecht erhalten. Das hiesige Laboratorium für Fleischsaft, dessen Präparate ich vor einigen Jahren zurück öfter zu prüfen in der Lage war, verarbeitete stets ein saftiges Fleisch bester Sorte, welches in grössere Scheiben geschnitten, in leinene Presstücher geschlagen, zwischen gutverzinnten Pressscheiben vertheilt dem langsamen Drucke von hydraulischen Pressen ausgesetzt wurde. Dieselben wurden mit Quantitäten von 1–3 Pud, ca. 16—49 Kilo, beschickt, und liessen einen Druck von 200—300 Atmosphären ausüben. Der abfliessende Saft passirte ein durch Eis gekühltes Papierfilter während der Pressung. Das Laboratorium hatte sich die von mir erwähnte Erscheinung, dass der zuletzt abfliessende Saft albuminreicher war, als zu Anfang, in der Weise zu Nutze gemacht, dass es solchen Saft für Fälle reservirte, wo ein stärkerer Eiweissgehalt gefordert wurde. Die Concentration geschah früher unter Anwendung einer Carré'schen Gefriermaschine. Die Methode der Eiweissbestimmung war ja im Wesentlichen mit der von Dr. E. befolgten übereinstimmend und wurde stets sorgfältig durchgeführt. Ausgewaschen wurde mit Hilfe eines Saugfilters; getrocknet bei ca. 106—107° C. unter Anwendung eines Thermostaten. Ob das Laboratorium seither noch in derselben Weise operirt, und welchen durchschnittlichen Eiweissgehalt der Fleischsaft jetzt aufweist, vermag ich mit Gewissheit nicht anzugeben. Der stetige Consum von Fleischsaft setzt wohl ein sorgfältiges Präparat voraus.

Ich kann die mit ersichtlicher Sorgfalt angestellten, aber immerhin nur kleinen Versuche Edelberg's nicht recht in Einklang mit der hiesigen Fabricationsmethode bringen. Schon das hiesige Fleisch allein wird sich in seinem Eiweiss- und Wassergehalt anders verhalten, als das Dorpater Fleisch. Selbst letzteres muss von bedeutender Verschiedenheit sein, denn nach Edelberg's Analysen variirt der Eiweissgehalt des Saftes bei gleicher Behandlung von 5,21 %—8,46 %; siehe Dissert. pag. 34, Versuch V, VI; pag. 36—VIII, X; pag. 38—XII, XIII. Solche Differenzen habe ich am hiesigen Saft nicht beobachten können, wie mir denn niemals ein Albumingehalt von beinahe $8\frac{1}{2}$ % vorgekommen ist, in den letzten Antheilen der Pressung nicht, wo unter sehr hohem Drucke auch das Sarcolomma seinen albuminatreichen Inhalt hergeben muss. Leider erlaubt es meine Zeit mir nicht, weiter aufklärende Versuche anzustellen, und wäre es wünschenswerth, wenn die betreffenden Fleischsaftlaboratorien darüber mehr Beobachtungen, auch mikroskopische, anstellen möchten. An Mitteln hierzu mangelt es ihnen ja nicht.

Auf pag. 20 sagt Edelberg: «In Bezug auf Klarheit und Durchsichtigkeit hatte ich an dem von mir dargestellten Fleischsafte, auch ohne ihn zu filtriren, wie Martenson es für den Petersburger Saft verlangt, nichts auszusetzen und belehrte mich eine häufige und sorgfältige mikroskopische Untersuchung darüber, dass ich mit meinen Resultaten zufrieden sein könnte. Martenson filtrirt seinen Saft aus Besorgniss, es könnten Entozoenkeime bei dem starken Drucke hineingepresst werden. Es liegt mir ferne ihm zu nahe treten zu wollen, trotzdem aber muss ich behaupten, dass es mir scheint, dass seine Befürchtungen etwas übertrieben sind.» Nun, ich gebe zu, über die Klarheit einer Flüssigkeit kann man verschiedener Ansicht sein. Mir ist nie ein Fleischsaft von solcher Klarheit vorgekommen, dass er ohne Filtration hätte abgegeben werden können. Anscheinend klar waren meistens die zuerst ablaufenden Quantitäten. Zur Analyse aber hätte ich niemals unfiltrirten Saft verwendet. Ausserdem macht ja die Filtration keine besonderen Schwierigkeiten. Und jetzt die Entozoengefahr. Wenn Edelberg mir Uebertreibung der Gefahr vorwirft, so giebt er ja die Gefahr selbst zu. Ist dieselbe aber überhaupt vorhanden, dann muss filtrirt werden. Uebrigens habe nicht *ich* hier übertrieben, denn meine Worte «die Filtration des Saftes ist eine sehr sorgfältige, und die Gefahr für das etwaige Hineingelangen von Entezoenkeimen ausgeschlossen», enthalten doch keine Uebertreibung? In erster Linie war die Filtration eine Bedingung hiesiger Aerzte, und ich gestehe die vollkommene Berechtigung der Forderung zu. Sollte es so undenkbar sein, dass beim Anziehen der Presse von der Peripherie der aufgeschichteten Fleischmassen eine Finne abgesprengt werde und in den Saft gelange? Ich erlaube mir hier die Bemerkung, dass ich ja garnicht gesagt habe, dass diese Keime *bei dem starken Drucke* hineingepresst werden. Edelberg nimmt an, dass bei dem starken Pressendrucke alle Finnen in Atome zerpresst und zerquetscht werden. Meine Ansicht über diese Wirkung des starken Druckes ist eine andere. Warum wurden denn die äusserst zarten Blutkörperchen beim Pressen von Taubenfleisch (siehe Dissert. pag. 51) nicht auch in Atome zerquetscht? Sie wanderten unverletzt und zahlreich in den Saft hinein.

Die Rindfleischfinne, und um Rindfleischsaft handelt es sich hier allein, erzeugt bekanntlich die Taenia saginata Götze, bekannter unter dem schlecht gewählten Namen Taenia medio-canellata oder besser canalata. Wer weiss es denn, ob im Rindfleisch nicht auch andere Gefahrbringer vorkommen können? Ich erinnere hier an den von Kühne beobachteten Myoryctes Weismanni. Und somit folgere ich: der für den Genuss bestimmte Saft muss jedenfalls filtrirt werden.

Das Vorkommen von Blutkörperchen im filtrirten Fleischsafte habe ich häufig und noch kürzlich beobachten können und ist den hiesigen Laboratorien wohl bekannt. Blutkörperchen, sehr feine Fetttropfen aber wandern ziemlich leicht durch ein einfaches Filter. Wenn Edelberg beim Pressen von Taubenfleisch Blutkörperchen in den Saft hineingelangen sah, warum sollte dasselbe nicht auch bei Rindfleisch stattfinden können? Die Blutkörperchen verlassen bei dem anfänglich nicht sehr starken Drucke der Presse, als freie Körperchen unschwer und unverletzt, die Capillaren. Sie widerstehen als elastische, gefüllte Körper einem allseitig auf sie einwirkenden, starken Drucke sehr gut. Die neuere Tiefseeforschung hat aus Tiefen, welche einem Wasserdrucke von 300—500 Atmosphären entsprechen, ausser anderen Wesen auch wunderbare Fische, also höher organisirte Geschöpfe herausbefördert, welche von dem ungeheuren auf ihnen lastenden Drucke nicht in Atome zerquetscht werden, sondern wie es scheint, ein ganz behagliches Leben da unten führen. Vergl. d. Expeditionen des Challenger und des Talisman.

Edelberg bezeichnet den Fleischsaft als Nahrungsstoff, nicht als Nahrungsmittel, und ich muss hier gestehen, dass ich mich mit letzterer Bezeichnung nicht so correct ausgedrückt habe. Als ausschliessliches Nahrungsmittel wird wohl Niemand dieses Präparat auffassen; als Unterstützung bei der Ernährung, also als ein Nahrungsstoff verdient der Saft gewiss die ihm geschenkte Beachtung.

Referate.

A. Fedotow: Syphilisinfection in Folge der jüdischen Beschneidung. (Med. Beilagen z. Marine-Journ. April. russ.).

1) Im November des vergangenen Jahres trat in das Kronstädter Marine-Hospital eine Jüdin mit frischen Syphiliserscheinungen. Das Ulcus induratum fand sich auf der rechten Brustwarze; die Genitalien gesund. Ihr 7monatliches Kind zeigte ein papulöses Syphilid, an den Lippen und am Anus Schleimhautpapeln. Die Narbe der rituellen Circumcision war in der Gegend des frenulum verdickt, härtlich. Die Anamnese ergab, dass nach der Beschneidung die Wunde länger als einen Monat nicht verheilen wollte und sich darauf bald Condylome am Anus zeigten.

2) Ebenfalls im November 1883 trat eine andere Jüdin mit Syphilis ein, der Locus infectionis gleichfalls an der rechten Brustwarze (schon vernabt), die Genitalien gesund. An dem 9monatlichen Kinde verschiedene Zeichen der Syphilis, in der Frenularregion noch deutliche Verhärtung der Narbe. Die Circumcisionswunde heilte ebenfalls schlecht.

3) Anfangs December brachte eine Jüdin ihr 7monatliches Kind zum Verf., welches deutliche Allgemeinerscheinungen der Syphilis aufwies. Nach einiger Zeit constatirte Verf. bei der früher gesunden Mutter ein Ulcus induratum der linken Brustwarze.

Bei allen 3 Kindern hatten dieselben 2 Juden (der Beschneider und der Aussauger) functionirt. Ersterer erwiess sich völlig gesund, Letzterer war allerdings zur Zeit der Besichtigung scheinbar gesund, jedoch fand man verschiedene Drüsengruppen vergrössert, eine Laryngitis, eine verdächtige Narbe an der Unterlippe und eine desgleichen verdächtige Erosion der Gingiva. Der Aussauger läugnete, je krank gewesen zu sein. Immerhin ist es, wenn auch nicht sicher nachgewiesen, so doch sehr wahrscheinlich, dass er durchs Aussaugen die Kinder inficirt hat, da sonstige Infectionswege ausgeschlossen werden konnten. P.

P. Bobin: Die Mineralquellen von Beresow. (Beilagen z. d. Protokoll. d. Charkower med. Gesellsch. 1882. Lieferung II. 1884. russ.).

Vorliegender längerer Vortrag zeigt so recht, wie wenig man in Russland noch den Reichthum an Heilquellen ausbeutet. *Beresow* liegt nur 20 Werst von *Charkow*, (3/4 des Weges können per Eisenbahn zurückgelegt werden), müsste also den Patienten dieser Stadt viel Nutzen bringen können. Statt dessen ist der Ort selbst dort kaum bekannt, obgleich 1864 von Prof. Beketow das Wasser analysirt und seinem Eisengehalt nach Spaa an die Seite gestellt worden. Auf 8000 Grm. fand Beketow 0,107 Grm. kohlensaures

Eisenoxydul und 0,390 kohlensauren Kalk. Im Ganzen 4,0 fester Bestandtheile. Nachdem das Gut, auf welchem die genannte Quelle, von Hand zu Hand gewandert, hat die gegenwärtige Besitzerin widerum mit Energie an Instandsetzung derselben gearbeitet. Gegenwärtig sind 2 Quellen in Thätigkeit, die beide zum Trinken benutzt werden, № 2 auch zum Baden. In letzterer ist der Eisengehalt (0,0145) stärker als in № 1 (0,0116 nach der von Kartschewski ausgeführten Analyse).

Im Jahre 1882 wurden während des Sommers 57 Personen behandelt, meist mit anämischen Leiden. Der Erfolg war ein guter und wollen wir hoffen, dass diese einheimische Heilquelle bald die ihr zukommende Stelle in unserem Heilschatze erhalte. P.

Fenger und Lee: Ueber Incision und Drainage von Hirnabscessen. (The London Medical Record August 1884. Article 3033 nach American Journal of the medical sciences July 1884).

Verff. behandeln einen Polizeiofficier, der am 3. Dec. 1882 eine Pistolenschusswunde oberhalb der linken Augenbraue erhalten hat, die nicht in die Schädelhöhle zu gehen schien. Am 3. Dec. Entfernung der Kugel, am 9. Dec. nach einem Schnitte Entfernung von Bleistückchen, Knochensplittern und Eröffnung eines Abscesses am Orbitaldache. Vom 5. Jan. 1883 an Kopfschmerzen, Erbrechen, am 11. Jan. Coma. Diagnose: Hirnabscess. Trepanation der äusseren Wunde entsprechend, Durchschneiden der Dura und, als noch kein Eiter erschien, Einstiche mit einer Hohlnadel, die mit einer Spritze zu subcutanen Injectionen verbunden war, und zwar nach vergeblich in 5 verschiedenen Richtungen ausgeführten Einstichen zum 6. Male nach hinten und leicht nach innen in eine Tiefe von 2—2½ Zoll. Jetzt erst kommt eine dünne, gelblich rothe und halbdurchsichtige Flüssigkeit zum Vorschein. Nach der Eröffnung des Abscesses durch eine kleine «operating» -Zange entleert sich 1 Unze einer rothen, opaken Flüssigkeit, der noch «zuletzt ein Theelöffelvoll dicken, gelben Eiters folgte». Drainage durch ein 8 Mm. dickes, gefenstertes Drainrohr, das 8 Cm. tief eingeführt wurde, antiseptischer Verband. Nach 3 Stunden Pat. wieder bei Bewusstsein. Tägliche Auswaschungen der Abscesshöhle mit einer Borsäurelösung und Kürzung des Drains bis auf 4 Cm. Länge, als am 12. Febr. Kopfschmerzen, am 20. Febr. «halbcomatöser Zustand» auftrat. In leichter Narcose wieder Erweiterung der Wunde und erneuerte Drainirung, wobei ein halber Theelöffel dicken, gelben Eiters zum Vorschein kommt. Von da an nimmt die Secretion ab und wird serös. Im März wird sie wieder eitrig, was sich nach Abänderung der Borsäurelösung gegen eine schwache Carbollösung so weit ändert, dass am 10. April die Drainröhre entfernt werden kann. Pat. macht am 30. April seinen ersten Spaziergang und kehrt am 15. Mai zu seinen Beschäftigungen zurück. Im Juli 3 epileptische Anfälle, im December wieder einer. Von da an bis zur Publication keiner. Am 2. März 1884 stellt sich eine Fistel an der Trepanationsstelle ein, aus der 5—6 Tropfen Eiter täglich aussickern.

Die Verff. glauben, dass ihr Fall, nicht deswegen, dass er geheilt, sondern weil sie ein rationelles Verfahren eingeschlagen, im positiven Sinne die Frage beantworte, «ob es möglich sei, Hirnabscesse mit Erfolg nach denselben Principien, wie Abscesse an anderen Theilen des Körpers zu behandeln»? N.

J. S. Carreau: Abscesse in den Bauchwandungen. (New-York Med. Journ. Vol. XXXIX. № 23.)

Vf. theilt 3 Fälle dieses relativ seltenen Leidens mit:

1) *Subperitonäaler Abscess.* Eine 32-jährige verheirathete Dame, die 4 Kinder gehabt, litt im September und October an Dysenterie. Im November fand Vf. im linken Hypochondrion eine empfindliche gänseeigrosse fluctuirende Geschwulst, welche unter den Bauchdecken beweglich erschien. Pat. fieberte. Eine Probepunction ergab ½ ℥ Eiter. Vf. entschloss sich zur Incision und fand eine Eiterhöhle zwischen den Bauchmuskeln und dem Peritonäum. Pat. genas.

2) *Traumatischer Abscess der Bauchwand.* Ein 16-jähriges Mädchen litt seit 2 Monaten, nachdem sie die linke Hälfte des Abdomens gestossen, an Schmerzen und bemerkte eine Eiterabsonderung aus dem Nabel. Es erwies sich, dass ein Gang zu einer Abscesshöhle in der Bauchwand führte.

3) *Abscess der Bauchwand nach Typhus.* Im April hatte eine 37-jährige Frau einen Typhus von 7 Wochen Dauer. Darauf stellten sich Schmerzen in der Nabelgegend ein. Im Juli fand Vf. eine bewegliche Geschwulst, welche sich vom Nabel zur Schambeinfuge zog, sich mit der Bauchwand verschieben liess und deutlich fluctuirte. Am Nabel fand sich eine Oeffnung, aus welcher sich profuser Eiter auf Druck entleerte und in welche ein Catheter 2½" tief hineinging. Nach Anlegung einer Contraapertur und Drainirung trat allmälig Heilung ein. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Praktische Regeln für Hebammen. F. Wassermann. Reval 1884.

Die Gesellschaft Revaler Aerzte hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, in kurzer, präciser Form eine Anzahl von streng einzuhaltenden Regeln für die Hebammen auszuarbeiten. Wenn die kleine Brochüre auch dem Arzt nichts Neues bietet, so können wir ihr doch von ganzem Herzen den in dem Vorwort beabsichtigten Erfolg wünschen, nämlich eine möglichst grosse Verbreitung im Publicum selbst. Nicht allein die Hebammen, auch die Wöchnerinnen selbst und deren Umgebung tragen nur zu häufig die Schuld an dem mit Recht so gefürchteten «Wochenfieber», und erst wenn es gelingt, auch bei den Patienten das Verständniss für peinlichste Sauberkeit im Wochenbett zu wecken, werden wir diesem entsetzlichsten Feinde unserer Wöchnerinnen immer seltener und seltener begegnen. Daher nicht nur den Hebammen, allen unseren Frauen und Müttern wollen wir es zurufen: Lest, beherzigt, aber vor allen Dingen *befolgt* auch selbst die praktischen Regeln für Hebammen.

Nur dann wird es möglich sein, auch auf unsere Hebammen, diese doch grösstentheils nur halbgebildeten Pflegerinnen der Gebärenden und Wöchnerinnen, einen gewissen Druck und eine gewisse Controle auszuüben. S.

B. Stiller: Die nervösen Magenkrankheiten. Stuttgart, Enke 1884. 202 pag.

Bei dem rege gewordenen Interesse für die nervösen Krankheiten des Intestinaltractus und der meist in Journalen und Congressberichten zerstreuten Literatur über diesen Gegenstand muss eine monographische Bearbeitung der einschlägigen Fragen als eine willkommene Erscheinung begrüsst werden. Der Verf. sucht gestützt auf eigene Erfahrungen und bei vollständiger Beherrschung der vorhandenen nicht unbedeutenden Literatur, welche in physiologischen Erwägungen eine ausgiebige Kritik erfährt, den gegenwärtigen Standpunct der Lehre von den nervösen Magenkrankheiten zu fixiren. Dass hierbei eben der Kritik noch ein verhältnissmässig breiter Spielraum zufällt und aus dem Ganzen sich erst wenige, klinisch mehr abgerundete Krankheitsbilder erheben, wird bei der kurzen Geschichte dieses Forschungsgebiets Niemand in Verwunderung setzen. Die Schwierigkeit des Gegenstandes wird durch den ersten Abschnitt des Buches «physiologische Vorbemerkungen» illustrirt. Die Lehre von den Functionen der Magennerven ist reich an controversen Ansichten und giebt dem Pathologen ausser der Thatsache des Einflusses der Innervation auf alle Leistungen des Magens erst wenig Positives in die Hand. Dass der Vf. die beobachteten functionellen Nervenstörungen des Magens in drei Gruppen von Krankheitsbildern (I Idiopathische Magenneurosen, II Reflexneurosen des Magens, III durch allgemeine Neuropathien bedingte Magenneurosen) zu sondern sucht, gereicht der übersichtlichen Darstellung zum Nutzen und entspricht der überall auf den Grund strebenden Betrachtungsweise des Autors. In praxi dürfte es aber in gewissen Fällen schwer sein, eine solche Classification durchzuführen und wird namentlich die Annahme *selbständiger* Magenneurosen nur mit grosser Reserve gemacht werden können. Dass in der III Gruppe die «nervöse Dyspepsie» und deren differentielle Diagnose mit der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechender Breite abgehandelt wird, braucht kaum bemerkt zu werden. Erwähnt sei nur, dass Vf. (wie auch Ewald) den Befund der Probeausspülung des Magens (Leube) für kein verlässliches diagnostisches Zeichen ansieht. Hier, wie an anderen Stellen der Monographie vermissen wir die Beigabe ausführlicher Krankengeschichten und bedauern, dass der an Erfahrungen reiche Vf. nur episodisch in den Text eingeflochtene Notizen hierüber giebt. Die Zugabe solcher Krankengeschichten hätte es mit sich gebracht, dass der Vf. ausführlicher, als es geschehen ist, auf die Therapie der in Rede stehenden Störungen eingegangen wäre. Endlich erlauben wir uns, den Wunsch auszusprechen, dass bei einer zweiten Auflage des Buches auch die nervösen Darmkrankheiten mit in das Bereich der Betrachtung gezogen würden. Magen- und Darmstörungen sind in vielen Fällen im Krankheitsbilde untrennbar und würde es sich empfehlen auch in der Umgrenzung dieser Monographie den Magen-Darmkanal als Einheit zu fassen. Bei der praktischen Dignität der nervösen Darmkrankheiten wäre eine Besprechung von Beobachtungen wie die Nothnagel's über nervöse Diarrhöen und Neftel's über viscerale Neuralgien in Stiller's Schrift nur willkommen gewesen.

Resümiren wir, so können wir nur der vorliegenden Schrift wegen der Wichtigkeit und Reichhaltigkeit der in ihr besprochenen Fragen und der klaren, von lebendigem Interesse für die Sache getragenen Darstellung die Beachtung eines weiten Leserkreises wünschen.

Mercklin.

Vermischtes.

— Dr. Batalin ist definitiv zum Inspector der Medicinalverwaltung von St. Petersburg ernannt worden. An seine Stelle als Oberarzt der Polizei tritt, wie wir erfahren, der Polizeiarzt des Alexander-Newski-Stadttheils Dr. Dmitri Diatroptow.

— Für den vacanten Lehrstuhl der Epizootien an der militär-medicinischen Academie sind die früheren Professoren des Veterinärinstituts der Academie Woronzow und Kolessnikow, sowie der Professor des Charkow'schen Veterinärinstituts Gordejew im Vorschlag gebracht worden.

— Wie der «Wratsch» erfährt, hat die Conferenz der militär-medicinischen Academie auf Vorschlag des Prof. Kolomnin mit Stimmenmehrheit beschlossen, den Prosector Dr. Leshaft zu bitten, dass er sein Abschiedsgesuch zurückziehe.

— Der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie Bogdanowski ist, wie russische medicinische Blätter melden, ernstlich krank. In Folge dessen ist die Leitung seiner chirurgischen Hospitalklinik Dr. Multanowski übertragen worden, während die Vorlesungen über klinische Chirurgie unter die drei Docenten Kruglewski, Pawlow und Jacobson vertheilt sind.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga hat für das nächste Biennium Dr. Worms zum Präsidenten und Dr. Miram zum Secretair gewählt.

— Die officielle Feier des 100-jährigen Bestehens des Obuchow-Hospitales ist auf höhere Veranlassung hinausgeschoben worden.

— In der Nacht vom 11. auf den 12. d. M. starb hierselbst der Ordinator und Prosector am Obuchow-Hospitale, Dr. Rudolph Albrecht, an chronischem Malleus, an welchem er bereits seit 20 Monaten gelitten hat. Nähere Nachrichten über sein Leben und Wirken bringen wir in der nächsten Nummer.

— Am 29. September verstarb in Orenburg der Oberarzt des dortigen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Ssatinski, im 44. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Moskauer Universität erhalten und trat nach Beendigung seiner Studien im 22. Lebensjahre in den Militär-Medicinaldienst in Orenburg, später im Turkestanschen Militärbezirk. Ausser seiner Doctor-Dissertation hat S. zwei Abhandlungen «über Malariafieber» und «über die Sartenkrankheit» veröffentlicht. Die Orenburger Zeitung widmet dem so früh Dahingeschiedenen, der als Arzt wie als Mensch hochgeachtet war, einen ehrenvollen Nachruf.

— In Moskau ist der junge Arzt Gussew der Diphtherie erlegen, welche er sich im Kinderhospital bei der Untersuchung des Rachens eines diphtheriekranken Kindes zugezogen, indem beim Aufhusten des Kindes die Diphtheriemassen ihm ins Gesicht geriethen. Obschon G. sein Gesicht sofort sorgfältig gewaschen hatte, trat am selben Tage Fieber und bald darauf das deutliche Bild der Diphtherie auf, welche am 3. Tage den Tod herbeiführte. (Russ. Med.)

— In Breslau ist am 10. October n. St. der Professor der Psychiatrie Dr. Heinr. Neumann im Alter von 70 Jahren gestorben. Nach Beendigung seiner Studien in Breslau war N. längere Zeit an der Irrenanstalt Leubus thätig, gründete darauf im J. 1852 die Irrenanstalt Pöpelwitz bei Breslau und habilitirte sich gleichzeitig als Docent an der Universität. Als später eine psychiatrische Klinik in Breslau eingerichtet wurde, übernahm er die Leitung derselben. Der Verstorbene hat sich sowohl durch sein Lehrbuch der Psychiatrie, als auch durch seine geistreichen Monographien zur Shakespeare-Literatur, z. B. über «Lear und Ophelia» einen Namen gemacht.

— In die beiden neu eingerichteten Curse der militär-medicinischen Academie sind 306 Studirende aufgenommen worden und zwar in den I. Cursus 160 (114 aus Gymnasien und 46 von der Petersburger Universität), in den II. Cursus 146 Personen (darunter 21 Candidaten oder graduirte Studenten der Naturwissenschaften. (Wr.)

— Wie der «Wratsch» berichtet, hat Dr. Makiewski der militär-med. Academie ein von ihm aufgesetztes Testament übergeben, durch welches er der Academie sein ganzes Vermögen, bestehend aus 1652 Dessjatinen Land im Taurischen Gouvernement und 26,300 Rbl. in Wechseln, vermacht. Die Procente dieses Vermächtnisses sollen zur Unterstützung der Studirenden und zur Weiterausbildung der Tüchtigsten unter ihnen im Auslande verwandt werden.

— Im September d. J. hielt der *internationale Verein der Verfertiger chirurgischer Instrumente, orthopädischer Apparate und Bandagen* in Dresden seinen *zweiten Congress* ab. Etwa 70 Theilnehmer aus Nord- und Süd-Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Russland, England, Rumänien, Schweiz u. s. w. waren erschienen, ein Beweis dafür, dass die principiellen Zwecke, welche die im vorigen Jahre begründete Gesellschaft befolgt, unter den Fachgenossen schnell Anerkennung gefunden haben. Die Mitgliederzahl ist in so kurzer Zeit fast um das Doppelte, auf 175 gestiegen. Die Verhandlungen bezogen sich hauptsächlich auf Erweiterung des Fachorgans, das zur gegenseitigen Belehrung beitragen, sowie auf die Gründung einer Zeitschrift, in welcher alle Neuheiten und Verbesserungen, durch gute Illustrationen erläutert, zusammengetragen und der gesammten ärztlichen Welt bekannt gegeben werden sollen. Der nächste Congress des Vereins wird im nächsten Jahre in Bern abgehalten werden. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Die vom schweizerischen Bundesrath bei der deutschen Reichsregierung beantragte *Gleichstellung der schweizer Universitäten mit den Deutschen* ist von der letzteren abgelehnt, dagegen für die praktische Behandlung des Verhältnisses im Einzelfalle dasselbe Entgegenkommen in Aussicht gestellt worden, welches in dieser Angelegenheit bisher beobachtet worden ist.

— Die in den ersten Tagen des October-Monats in Paris geplante *internationale Ausstellung von Kindern im Alter von 1 bis zu 3 Jahren*, zu welcher bei dem Organisations-Comité bereits mehrere tausend Anmeldungen eingegangen sein sollen, ist durch Decret des Polizeipräfecten auf Grund eines eingeholten Gutachtens des *Obermedicinalrathes* untersagt worden. Das Gutachten betonte die Gefahr ansteckender Kinderkrankheiten bei einer solchen Zusammenhäufung von Kindern im zartesten Alter. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Nachweis, dass die *Kommabacillen* in der That *die Ursache der Cholera* sind, ist nunmehr auch Dr. Koch durch seine fortgesetzten Thierversuche geglückt. Wie Nicati und Rietsch in Marseille (s. № 38 dieser Wschr.) rein gezüchtete Kommabacillen auf Hunde und Meerschweinchen mit Erfolg übergeimpft haben, so ist es Koch gelungen, dieselben durch Impfung auf *Kaninchen* mit gleichem Erfolge zu übertragen: Die Versuchsthiere erkrankten und starben in kurzer Zeit unter Cholera-Symptomen und in ihrem Darm fanden sich die lebenden Kommabacillen. — Dagegen vermochte Koch nicht mit den von Finkler und Prior (Bonn) ihm übersandten Reinculturen den gleichen Erfolg zu erzielen und ist nach Koch der allerdings gleichfalls kommaförmige Bacillus der Cholera *nastras* durchaus nicht identisch mit seinem Cholerabacillus, von welchem letzteren er sich durch Plumpheit und Dicke wesentlich unterscheide. (A. m. C.-Ztg.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg.

am 30. September 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2175	1544	3719
Kinderhospitäler	145	140	285
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd., exanth., rec.)	143	47	190
Scharlach	10	13	23
Pocken	6	5	11
Venerische Krankheiten	322	341	663

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 23. — 29. September 1884 besucht von 2309 Kranken, darunter zum ersten Mal von 937.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 30. Sept. bis 6. Oct. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
235	159	394	77	21	49	9	11	13	42	41	41	43	24	14	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 4, Diphtherie 15, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 17, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15 acute Entzündung der Athmungsorgane 42, Lungenschwindsucht 73, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 52, andere Krankheiten der Bauchhöhle 18, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 22, Marasmus senilis 16, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 13, Selbstmord 6, Mord 0.

— Andere Ursachen 17.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	14-20 September	190 115	102	11	27,9	10,8	35,8
Kopenhagen	17-23 September	267 000	141	20	27,5	14,1	34,6
Berlin	21-27 September	1 225 065	623	81	26,4	13,0	38,1
Wien	21-27 September	759 849	305	9	20,9	2,9	35,1
Brüssel	14-20 September	171 293	163	5	27,9	3,0	31,8
Paris	19-25 September	2 239 928	922	101	21,4	10,9	27,9
London	21-27 September	4 019 361	1243	119	16,1	9,5	33,2
St. Petersburg	**28 Sept.-4 Oct.**	**928 016**	**366**	**35**	**20,5**	**9,5**	**26,8**

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. October c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Verein Montag den 22. October c.

Berichtigung. Wir bitten den geneigten Leser einen sinnentstellenden Lapsus calami in der vorigen Nummer corrigiren zu wollen. In der Beilage für russische und polnische Bibliographie (№ 10) pag. 1. Sp. 1 Z. 12 v. u. ist als Titel angegeben: Zur Therapie der Phthise; es muss heissen: Zur Therapie der Krätze.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 12 Октября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 42. St. Petersburg, 20. October (1. November) 1884.

Zur Casuistik des hohen Steinschnitts mit Anlegung einer Blasennaht.

Vortrag, gehalten im Verein Russischer Aerzte.

Von

J. J. Makawejew.

(Schluss).

Die Frage in Betreff der Anwendbarkeit der Sectio alta neben der Sectio lateralis interessirte in neuester Zeit, angefangen von Hunter und Pitha, die Chirurgen mächtig, doch bleibt sie bis jetzt unentschieden. Theoretisch sind eigentlich Alle einig, dass die Sectio alta im Vergleich mit der Sectio lateralis nicht geringe wesentliche Vortheile bietet; hinsichtlich jedoch der praktischen Anwendbarkeit theilen sich die Chirurgen in zwei ungleiche Lager. Die Mehrzahl gestattet so wie früher die hohe Lithotomie nur in Ausnahmefällen, wo keine andere Methode anzuwenden ist. So verhält es sich mit der Sectio alta bis auf den heutigen Tag.

Ich sehe wohl ein, dass bei der verhältnissmässigen Dürftigkeit des statistischen Materials hinsichtlich der erörterten Operation (11 Fälle), ich verpflichtet bin, meine Meinung über sie auszusprechen, was ich denn auch, ohne den Leser zu ermüden, möglichst kurz zu thun mich bemühen werde.

Es ist nicht nothwendig, mich bei der Auseinandersetzung der Vortheile der Epicystotomie vor der seitlichen und andern Methoden aufzuhalten: sie sind Allen bekannt und werden von fast Allen anerkannt. Die Hauptursache, wodurch diese Operation allgemein gebräuchlich zu werden verhindert ist, liegt in der Möglichkeit der Harninfiltration und der Verletzung des Bauchfells, wobei sehr zu berücksichtigen ist das grosse statistische Material des seitlichen Steinschnitts mit dem geringen Mortalitätsprocent. Der letztere Umstand dient, meiner Meinung nach, hauptsächlich als Hemmschuh; ohne denselben würde sich die Frage in Betreff der Sectio alta wahrscheinlich anders verhalten. Das statistische Material würde reichlicher, vollkommener und mannigfaltiger, die Operation selbst mit der Nachbehandlung würden mehr durchgearbeitet und vervollkommnet und der Procentsatz der Mortalität würde sicher ein anderer sein.

Indessen haben wir jetzt auf der einen Seite 10,000 Fälle des seitlichen Steinschnitts (8509 bei Gross und 1827 bei Thomson) und auf der andern nur Hunderte.

Es ist verständlich, dass unter diesen Umständen jeder Chirurg eher den seitlichen Schnitt auszuführen sich entschliesst, besonders wenn er das Unglück gehabt hat vorher einen Kranken nach einem hohen Steinschnitt zu verlieren, und dass er den letzteren nur dort ausführt, wo der erstere nicht ausführbar ist. Auf diese Weise wächst das statistische Material der hohen Lithotomie äusserst langsam und auch nur mit schwereren Fällen. Deshalb denke ich, dass man erst dann die Statistik als Basis zur Entscheidung der uns beschäftigenden Frage wird ansehen können, wenn die zu vergleichenden Grössen sowohl in der Quantität, als auch in der Qualität mehr oder weniger gleich sein werden, aber nicht so ungeheuer verschieden wie jetzt. Bei le Fort sind zum Beispiel 10,336 Fälle des seitlichen Steinschnitts zusammengestellt und nur 422 des hohen Steinschnitts. Wie kann denn hier ein Vergleich stattfinden?

Was die Verletzung des Bauchfells bei der Operation anbetrifft, so kann sie nach meiner Meinung immer leicht vermieden werden. Nélaton sagt, «es genügt eine gewisse Aufmerksamkeit von Seiten des Chirurgen, um die Verletzung des Bauchfells zu vermeiden» und le Fort bestätigt, dass diese Zufälligkeit «mehr vom Fehler des Operateurs, als von der Operation selbst abhängt». In allen meinen Fällen stand die Umschlagsfalte des Bauchfells hoch und störte nicht beim Blasenschnitt. Ausserdem habe ich viele Mal an Leichen Erwachsener den Bauchschnitt gemacht, mit der Absicht, den Hochstand der Umschlagsfalte des Bauchfells bei gefüllter Blase zu bestimmen, und immer fand ich sie mehr oder weniger hoch über der Symphyse. Nach den Specialuntersuchungen verschiedener Autoren, unter andern auch Pirogow's und Tarenetzki's, steht die Umschlagsfalte des Bauchfells bei gefüllter Blase bei Erwachsenen verschieden hoch über der Symphyse und zuweilen sinkt sie bis zur letzteren herab; bei Kindern jedoch, dank der nicht vollkommenen Entwickelung der Beckenknochen, steht sie immer hoch. Daraus folgt, dass

man den Tiefstand der Umschlagsfalte des Bauchfells zu eben solchen Zufälligkeiten rechnen kann, wie wir sie nicht selten auch bei anderen Operationen treffen und die uns nöthigen bei der Ausführung der letzteren nur aufmerksam zu sein, aber nicht vor ihnen zurückzuschrecken. Ja, auch beim seitlichen Schnitt ist die Bauchfellverletzung bei Kindern möglich, da es zu bekannt ist, dass bei ihnen zuweilen das Bauchfell sich längs der hinteren Blasenwand sehr tief herabsenkt. Ausserdem kann man ja dabei auch noch das Rectum anschneiden. Doch dieses befürchten wir nicht, weil eine solche Complication sehr selten ist, und auf Grund grosser Erfahrung beziehen wir sie eher auf die Ungeschicklichkeit des Operateurs. Weshalb sollen wir uns vor ähnlichen Verhältnissen beim hohen Schnitt fürchten, wobei noch zu berücksichtigen wäre, dass wir im letzteren Falle Alles vor Augen haben, während im ersteren man gewissermaassen mit geschlossenen Augen — auf's Gerathewohl operiren muss? Somit, scheint mir, liegt kein Grund vor, eine Verletzung des Bauchfells beim hohen Steinschnitt zu befürchten, da dieselbe immer bei aufmerksamem Operiren vermieden werden kann.

Zu der Furcht in Betreff der Harninfiltration verhalte ich mich gleichfalls skeptisch und glaube dass ich hinsichtlich der Erfahrung dafür genügenden Grund habe. Ich habe kein Mal Harninfiltration gehabt und glaube, dass das nicht als reiner Zufall angesehen werden kann, wenn die Harninfiltration wirklich so oft vorkommt, wie viele Chirurgen meinen. Ferner ist es bekannt, dass für die Wunde alkalischer, zersetzter Harn gefährlich ist, doch nicht sauerer; was ist denn Wunderbares dabei, wenn bis jetzt verhältnissmässig oft Harninfiltration bei hohem Steinschnitt beobachtet worden ist, wo zu demselben meist erst dann geschritten wurde, wo der Harn bereits alkalisch und zersetzt war? Schliesslich haben wir sehr oft die Möglichkeit den Harn zu neutralisiren, ja selbst anzusäuern. Ausserdem können wir in dieser Hinsicht durch sorgsame Pflege der Wunde viel thun.

Ausser dem Gesagten verringern sich gegenwärtig die oben erwähnten Gefahren bedeutend durch das antiseptische Verfahren und die Blasennaht bei der in Rede stehenden Operation, ja sie verlieren fast ganz ihre Bedeutung; dieses ist selbstverständlich. Der erste Versuch in dieser Richtung wurde von Dr. Dubrowo ausgeführt, welcher im Jahre 1875 nach einer Epicystotomie die Blasennaht aus Carbolcatgut an einem 14jährigen Knaben anlegte, im Jahre 1876 an einem 13jährigen. Im ersteren Falle öffnete sich die Wunde, es entstand eine Eiteransammlung im Beckenzellgewebe; der zweite Fall endete mit Heilung. Darauf wurden noch folgende Fälle im Auslande veröffentlicht: Im Jahre 1879 machte Ultzmann an einem 27-jährigen Manne die Epicystotomie mit Anlegung einer Blasennaht unter antiseptischen Cautelen und mit Listerschem Verbande. Am 8. Tage wurde der Katheter herausgenommen, am 9. zeigte sich Harn in der Wunde, doch nach 14 Tagen nach der Operation trat vollkommene Heilung ein. Prof. Albert machte auf dieselbe Weise eine Operation an einem 14jährigen Knaben, doch unglücklich. Im Jahre 1880 machte Swain die Epicystotomie an einem 10jährigen Mädchen und vernähte die Blase mit Catgut; am 21. Tage war die Wunde ganz verheilt. Im Jahre 1881 machte Kispert dieselbe Operation an einem 4jährigen Kinde mit Anlegung einer Seidennaht und eines Listerschen Verbandes. Die Wunde schloss sich per primam; der Katheter wurde nach 4 Tagen entfernt.

Im Jahre 1882 vernähte Dr. Juillard mit Catgut die hintere Blasenwand in der Länge von 12 Ctm., ein Riss, der bei einer Ovariotomie, während des Ablösens der Cyste von der Blase, entstanden war. 3 Wochen nach der Operation war das Harnlassen vollkommen normal.

Im Jahre 1876 zeigte Dr. Maximow durch Versuche an Hunden die Möglichkeit einer Verheilung der Blasenwunde per primam nach Catgutnaht.

Wenn auch nicht alle angeführten Fälle (unter diesen auch mein oben von mir beschriebener Fall) vollkommen glücklich ausfielen, so pflegt erstens in keiner neuen Angelegenheit sofort ein voller Erfolg einzutreten; die antiseptische Methode ergab ja auch nicht sogleich glänzende Resultate. Es sind noch Erfahrung und Beobachtung nöthig, an denen es zur Einführung des antiseptischen hohen Steinschnitts noch fehlt. Zweitens beweisen die angeführten Beispiele unzweifelhaft und vollkommen, dass das erstrebte Ziel zu erreichen möglich ist, besonders mit dem Jodoformverband. Ungeachtet dessen, dass im Falle von Ultzmann am 9., und in meinem am 10. Tage aus der Wunde Harn hervorkam, glaube ich dennoch, dass diese Fälle eine Verwachsung der Wunde per primam unzweifelhaft beweisen, nur war wahrscheinlich die Narbe soweit zart, dass sie nach Entfernung des Katheters vom Harndrucke zerriss. Dieser Umstand veranlasst mich vorzuschlagen, in Zukunft die Blasenwunde besser mit carbolisirter Seide zu nähen, welche gegen das Gewebe indifferent, den Riss einer frischen noch nicht kräftigen Verwachsung der Wunde verhindern wird.

Zu Gunsten dieser, scheint mir, spricht der angeführte Kispert'sche Fall. Ferner würde ich rathen, den Katheter länger in der Blase zu lassen, wenn er keine Reizung in der Urethra hervorruft. Schliesslich, wenn man auch zugiebt, dass die Heilung der Blasenwunde per primam eine seltene, ein glücklicher Zufall ist, so gewährt auch bei diesen Umständen schon allein die Abwesenheit des Harns in der Wunde im Verlauf einiger Tage eine enorme Garantie gegen die so übertriebene Möglichkeit der Harninfiltration, da während dieser Zeit alle Spalten und Gänge im Unterhautzellgewebe zu verkleben Zeit haben; somit wird der günstige Ausgang der Operation ein mehr gesicherter sein.

Auf Grund alles Gesagten bin ich vollkommen überzeugt, dass der hohe Steinschnitt, dank der Antisepsis und der Blasennaht, seinen ihm gebührenden Platz einnehmen wird; dafür spricht auch die Geschichte vieler Operationen der Neuzeit, welche früher, ohne Antisepsis, undenkbar waren oder nur im äussersten Falle gemacht wurden und jetzt fast jeden Tag ausgeführt werden.

Ich kann nicht umhin, dabei mein aufrichtiges Bedauern auszusprechen, dass ich, hier das Material nicht besitzend, nicht im Stande bin in der von mir angedeuteten Richtung zur Vervollkommnung der Operation des hohen Steinschnitts zu arbeiten, doch werde ich glücklich sein, wenn die vorliegende Mittheilung dazu dienen wird, dass die Collegen, die über einschlägiges Material verfügen, anders auf die hohe Lithotomie blicken und dabei das antiseptische Verfahren anwenden werden.

Ueber die Excision syphilitischer Primäraffectionen.

Von

Dr. von Watraszewski,
Oberarzt am St. Lazarus - Hospital in Warschau.

Im Laufe der letzten 2 Jahre wurden von mir in entsprechenden Fällen der Hospital- und Privatpraxis 17 Excisionen syphilitischer Primäraffectionen vorgenommen, deren Träger ausschliesslich Männer waren.

Was die Technik der kleinen Operation anbelangt, wurde, nachdem die Wunde und deren Umgebung auf's Sorgfältigste gewaschen und mit einer 5%igen Carbollösung bespült worden, die Ulceration mit Collodium bestrichen, die erkrankte Stelle mit einer Koeberle'schen Zange gefasst und tief im gesunden Gewebe mittelst eines einzigen Scheerenschnittes abgetragen, danach die Wunde abermals mit Carbollösung abgespült und vernäht und bis zur völligen Heilung unter einem Jodoformverbande gehalten. Da nur solche Fälle gewählt wurden, wo die Ulceration an dem Praeputium ihren Sitz hatte, konnten die Wunden jedesmal mit Nähten vereinigt werden und heilten in 13 Fällen per

primam, in 4 Fällen dagegen kam es zu einer mehr oder weniger ausgesprochenen Eiterung, die 7 bis 14 Tage lang dauerte. In 3 Fällen kam es im Laufe von 10 bis 21 Tagen zur consecutiven, typischen Induration der Narbe und deren Umgebung; in den übrigen blieb, nachdem die entzündliche Härte sich im Laufe von einigen Tagen bis 2 Wochen verloren hatte, die Narbe weich.

In keinem der Fälle war die Primärinfection (nach den Aussagen der Kranken, die, nach den klinischen Bildern zu urtheilen, als richtig anzusehen waren) älter als drei Wochen post coitum, und zwar: in 2 Fällen 21 Tage, in 3 Fällen 19 Tage, in 2 Fällen 18 Tage, in 4 Fällen 17 Tage, in 1 Fall 16 Tage, in 3 Fällen 14 Tage, in 1 Fall 13 Tage und in 1 Fall 12 Tage nach demselben.

In keinem der Fälle wurde die Excision später als 10 Tage nach dem Erscheinen der örtlichen Affection vorgenommen, und zwar: in 3 Fällen am 10. Tage, in 3 Fällen am 9. Tage, in 2 Fällen am 8. Tage, in 4 Fällen am 7. Tage, in 2 Fällen am 5. Tage, in 2 Fällen am 2. Tage, in 1 Fall am 1. Tage, d. h. innerhalb 24 Stunden.

Es wurden weiterhin zur Operation nur Fälle gewählt, in denen die Inguinaldrüsen entweder gar nicht, oder recht wenig vergrössert waren. Als Criterium dafür, dass das vorliegende Ulcus wirklich eine syphilitische Initialerscheinung sei, galt in erster Linie die Induration, die in 14 Fällen deutlich ausgeprägt war, dann das allerdings als diagnostisches Mittel etwas problematische Aussehen des Ulcus, der syphilitische Habitus desselben (indolent bläulich verfärbte Umgebung, wenig Secretion etc.). In 5 Fällen gelang es mir die Infectionsquelle ausfindig zu machen und als recent syphilitisch und ansteckend zu constatiren. Drei von denselben, die auch im Hinblick auf das kurz vorher Gesagte mit den genannten 14 Fällen die Gesammtzahl auf 17 bringen, und die beiden Fälle, welche am 1. und 2. Tage nach dem Erscheinen der Affection sich zur Excision vorstellten und keine Spur einer Induration wahrnehmen liessen, verdienen ein besonderes Interesse, weshalb ich mir erlaube ausführlicher über dieselben zu referiren: Vier junge Leute hatten in ungefähr einer und derselben Zeit mit einem Mädchen verkehrt, das einige Tage später als mit Syphilis behaftet (nässende Papeln an den Schamlefzen, Plaques der Mundschleimhaut, Scleradenitis universa) in meine Behandlung trat. Da mir die jungen Leute persönlich bekannt waren und ich von deren Umgange mit der kranken Dirne erfuhr, machte ich dieselben auf eine möglich gewordene Infection aufmerksam und befand mich daher in der günstigen Lage, sogleich nach dem Auftreten der localen Affectionen, die bei Dreien auch wirklich in der zweiten Woche sich entwickelten, dieselben als specifisch betrachten zu können und im Einverständnisse mit den Kranken die verdächtigen Stellen zu excidiren, was ich unter anderen Umständen im Hinblick auf die unbedeutenden und nichts Specifisches darbietenden Affectionen gewiss nicht gethan haben würde.

Was nun die Resultate anbetrifft, so kam es in den oben erwähnten 3 Fällen wie auch in 13 anderen, *im Ganzen also in* 16 *Fällen zur ausgesprochenen allgemeinen Infection.* Dabei konnte ich im Verlaufe des secundären Stadiums keineswegs irgend welchen sichtbaren Unterschied von denjenigen Fällen wahrnehmen, in denen die Primäraffectionen nur topisch behandelt worden waren. Es kam in allen diesen Fällen zu maculösen resp. papulösen (2 Fälle) Exanthemen, allgemeinen Drüsenschwellungen und Plaques der Schleimhäute, wie es auch sonst in diesem Stadium gewöhnlich zu geschehen pflegt. Die Kranken wurden specifisch behandelt, und zwar einige (4) von ihnen, eingetretener Recidive halber, zu wiederholten Malen. In einem einzigen Falle (Coitus infic. vor 17 Tagen, Excision 10 Tage nach dem Erscheinen des localen Herdes), den ich schon volle 6 Monate zu beobachten in der Lage bin, kam es nicht zum Ausbruche allgemeiner Symptome. Nachdem die Excisionswunde per primam geheilt war, verrieth auch nicht ein Symptom die Invasion der Krankheit, von der auch Patient verschont blieb.

Wenn nun durch die 17 von mir ausgeführten Excisionen 16 Mal der allgemeinen Infection nicht vorgebeugt werden konnte, und zwar auch in solchen Fällen nicht, in welchen, wie in den 3 näher erörterten, die günstigsten Bedingungen für einen completen Erfolg vorlagen, wird wohl der prophylaktische Werth einer auch frühzeitig ausgeführten Sclerosenexcision sehr in Frage gestellt. Besonders sprechen, wie gesagt, für deren Nutzlosigkeit die 24 und 48 Stunden nach dem Gewahrwerden der primären Affection ausgeführten erfolglosen Operationen, denen sich parallele Beobachtungen anderer Syphilidologen anreihen (Rasori, Excision 12 Stunden, Mauriac 24 Stunden n. d. E).

Bei der Betrachtung des einzigen von der Syphilis verschont gebliebenen Falles und beim Vergleichen dieses exceptionellen Resultates mit einer ganzen Reihe von Misserfolgen, kann es keinem unparteiischen Beobachter übel genommen werden, wenn er Zweifel hegen wollte in Betreff der Richtigkeit der in diesem Falle von mir gestellten Diagnose einer syphilitischen Primäraffection. Mir selbst erscheint diese Voraussetzung mehr plausibel als eine jede andere.

Zum Schluss will ich keineswegs behaupten, dass der Sclerosenexcision jeder therapeutische Werth bei der Behandlung der Syphilis abzusprechen sei. Im Gegentheil: Wenn dieselbe als Vorbeugungsmittel gegen die allgemeine Infection uns doch im Stiche lässt, bildet sie *in den richtig gewählten Fällen* ein ausgezeichnetes Remedium, um den Kranken von seinem localen Uebel rasch und dauernd zu befreien, viel rascher und sicherer als mit jedem anderen uns zu Gebote stehenden Mittel.

III. otologischer Congress.

Vom 1. bis 4. September dieses Jahres tagte der III. internationale otologische Congress in Basel. Er bestand aus 80 Mitgliedern, durch welche so ziemlich alle Länder vertreten waren.

Die Seele des Congresses war der Präsident desselben, der höchst liebenswürdige und gastfreundliche Dr. Burckhardt-Merian, Professor in Basel. Derselbe hatte viel Zeit und Mühe angewandt, um den Congress so interessant und nützlich wie möglich zu machen. Es war fast die ganze Stadt zu seinen Diensten. In der Aula, an deren Wänden unter Anderen Porträts von Vesal und Bauhini, die hier gelehrt hatten, sich befinden, fand die Eröffnungssitzung statt. Begrüssungsreden — vom Vertreter des h. Bundesrathes und vom Vertreter der h. Regierung von Baselstadt. Vorträge wurden im Grossrathssaale (Rathhaus) gehalten, Demonstrationen aber, sowie die Ausstellung von Instrumenten aus allen Ländern, — im physikalischen Auditorium des Bernouillianum. Abends gesellige Versammlungen in der Kunsthalle oder im Sommer-Casino. Ein reiches Dejeuner wurde den Mitgliedern von den Schweizer Ohrenärzten in der Veltlinerhalle, sowie auch ein festliches Diner von der h. Regierung des Cantons Baselstadt im Stadt-Casino gegeben. Alle diese geselligen Versammlungen waren, dank dem charmanten Wirthen, Prof. Burckhardt-Merian, sehr heiter und für jeden der Theilnehmer unterhaltend. Der gefeiertste Ohrenarzt war Prof. Politzer, dem sehr viele der anwesenden Collegen die erste Anregung, in dieser Disciplin zu wirken, zu verdanken haben. Auch ist er es, der vom grossen Nutzen solcher internationaler Zusammenkünfte überzeugt, am meisten dazu beiträgt, dass sie zu Stande kommen, da er die freundschaftlichen Beziehungen zu den Collegen der ganzen Welt stets zu unterhalten versteht.

Bemerkenswerth ist auch, dass Gelehrte aus anderen nahen Gebieten am Congresse mit ihren Vorträgen und Demonstrationen Theil nahmen; so Prof. His aus Leipzig, Prof. Albrecht aus Brüssel, Prof. Bischoff aus Basel etc., und viel Belehrendes den Mitgliedern des Congresses brachten.

Die Protokolle der Sitzungen werden bald gedruckt erscheinen und den Mitgliedern zugeschickt werden.

Sehr interessant waren die Demonstrationen der Präparate von Prof. Moos aus Heidelberg — über Lymphgefässe des Trommelfells, über lacunäre Caries des Hammergriffs und über Vorkommen von Zotten auf der inneren Trommelhöhlenwand, sowie auch diejenigen von Prof. Politzer aus Wien — über Labyrinthbefund bei leukämischer Taubheit und Demonstration von Präparaten als Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie des Ohres.

Sehr belehrende Schnitte aus dem Gebiete der normalen Anatomie des Ohres wurden von Prof. Burckhardt-Merian demonstrirt, und höchst interessante Corrosionspräparate aus der Anatomie des Ohres von Dr. Bezold aus München gezeigt. Die Anwendung der Laterna magica zur Demonstration von Präparaten war sehr bequem und ersparte viel Zeit. Dr. Hardtmann aus Berlin demonstrirte

eine grosse Anzahl von Warzenfortsätzen, um zu zeigen, wie verschiedenartige anatomische Verhältnisse bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen. Ausserdem demonstrirte Prof. Burckhardt-Merian seine höchst übersichtlichen Tabellen, als vergleichende Ergebnisse verschiedenartiger Hörprüfungen, durch die er die Diagnose der Labyrintherkrankungen auf eine zuverlässigere Basis stellt. Dr. A. Rühlmann.

Referate.

B. Kolbe: Zur Analyse der Pigmentfarben. (v. Graefe's Arch. f. Ophth. 1884, XXX, 2 pag. 1—68).

K. hat sich bei dieser Arbeit die Aufgabe gestellt: die zu Farbensinn-Untersuchungen benutzten farbigen Papiere unter den bei der praktischen Prüfung auftretenden Beleuchtungsverhältnissen zu studiren.

Eine quantitative spektroskopische Analyse von 63 Pigmenten ergab, *dass Pigmentfarben um so brauchbarer zu physiol. Untersuchungen seien, je mehr die homogenen Comp., welche dem Gesammtfarbentone des Pigmentes entsprechen, prävaliren*. Lasurfarben sind spektroskopisch reiner, als Deckfarben. Das arith. Mittel aus je 6 spektroskopisch gemessenen homogenen Comp entspricht der relat. Helligkeit der Pigmentfarben Controlirt wurden diese Resultate durch Helligkeitsmessungen an rotirenden Scheiben. Als relative Helligkeit farbloser Pigmente ergab sich, wenn die Helligkeit des reinweissen Bristolcartons = 1 gesetzt wird (für diffuses Tageslicht):

Weisser Bristolcarton	= 1;	matter schw. Carton	= 1/25
Neutralgrau (B. K.) (d. kl. Silbergrau)	= 1/3;	frisch geschwärzter Carton	= 1/167
Bull's Neutralgrau	= 1/6;	schwärzester Sammet	= 1/400

Die Helligkeit eines frei im Beobachtungsraume hängenden *schwärzesten Papieres* schätzt K. auf mindestens = 1/100.

Auf eine Wiedergabe der zahlreichen Beobachtungstabellen, sowie der benutzten Methoden müssen wir verzichten und wollen nur die Hauptresultate der Bestimmung der *chromatischen Valenz* (der specifisch farbigen Intens.) von Pigmentfarben — die Kolbe für diffus. Tageslicht, Magnesiumlicht, elektr. Glühlicht, Lampenlicht, Gaslicht und Kerzenlicht angestellt hat — anführen.

Die grösste chromatische Valenz hatten orangerothe und gelbe Pigmente, dann rothe und grüne; die geringste blaue und violette.

Die durch künstliche Beleuchtung hervorgerufene Tonveränderung der Pigmentfarben ist am geringsten für solche Pigmente, welche der Beleuchtung isochrom oder complementär sind, und am grössten für solche Pigmente, die im Farbenkreise rechtwinklig von jenen abstehen. Das Umgekehrte gilt für die Valenzänderung. So bewirkt das orangefarbige Kerzenlicht z. B. folgendes:

Orange und *Grünlichblau* ändern ihren Farbenton nicht, ersteres erscheint aber leuchtender, letzteres viel matter. *Purpur* und *Grün* ändern ihr relatives Intensitätsverhältniss nicht; ersteres erscheint aber reinroth, letzteres gelbgrün.

Die chromatische Valenz der Pigmentfarben ist individuell verschieden und ausserdem abhängig: 1) von der Beleuchtungsstärke, 2) von der Entfernung der Pigmentflächen vom Beobachtenden, 3) von der absoluten Grösse der Flächen.

Um die quantitat. Prüfungen des Farbensinnes vermittelst der Pigmentfarben vergleichbar zu machen, muss man die beob. minim. Reizschwellen durch Berücksichtigung der chromat. Valenz der betr. Pigmente auf Normalreizschwellen reduciren. Ist die beob. minim. Reizschwelle = R und die chromat. Valenz des Pigmentes = V_p, so ist die reducirte Reizschwelle $R_n = R. V_p$.

Ferner ist es, bei Vergleichung der Untersuchungen bei künstl. Beleuchtung mit denen bei diffus. Tageslicht nothwendig, die *Reizschwellen mit einander zu vergleichen, welche gleicherscheinenden Farbentönen entsprechen*, z. B. *Purpur* bei Kerzenlicht mit Carmin bei Tageslicht etc.

Aus der Veränderung, welche Farbengleichungen durch künstliche Beleuchtung erleiden, berechnet Kolbe die chromatische Valenz der letzteren und findet *diffus. Tageslicht* (farblos) = 0%; *Magnesiumlicht* (violetlich) = 2,29%; *elektr. Glühlicht* (gelborange) = 6,62%; *Gaslicht* (gelborange) = 9,03%; *Lampenlicht* (orange) = 10,60%; *Stearinlicht* (orange) = 12,74% der betr. Farbe in der Gesammtmenge Licht.

Aus bezügl. Messungen berechnet K. die Anzahl der unterscheidbaren Farbennüancen auf 31—32,000 (für farbige Papiere bei diffus. Tageslicht). K—e.

Erlenmeyer: Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, besonders bei Epilepsie. (Centrlbl. f. Nervenh. 1884. № 18).

E. theilt in dieser sehr lehrreichen Mittheilung seine Erfahrungen über 4 Bromsalze, Bromkalium, -natrium, -ammonium und -lithium mit, die einen verschieden hohen Bromgehalt haben (68, 80, 88 und 92% Br.) und formulirt dieselben in folgenden 4 Sätzen.

1) Alle 4 Salze haben eine gleiche antispasmodische, sedative, resp. hypnotische Wirkung und keines von ihnen hat einen Vorzug vor den anderen.

2) Keine dieser 4 Verbindungen bewirkt, nachdem sie ausgesetzt wird, ein Ausbleiben der Anfälle.

3) Die üblen Einwirkungen des Bromkalium auf Herz, Gefässsystem und Respiration kommen bei Anwendung anderer Bromsalze nicht zur Beobachtung.

4) Jedes der genannten Salze kann Bromacne erzeugen, welche aber unter dem Gebrauche gleicher Gaben eines anderen Bromsalzes verschwindet.

Letztere Beobachtung veranlasste E. die Bromsalze in combinirter Form anzuwenden und kam er zu folgenden Resultaten:

1) Die Combination vom Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium im Verhältnisse von 1 : 1 : ½ wirkt viel besser, als jedes einzelne Salz in gleicher selbst höherer Gabe. Dass diese Wirkung von einem höheren Bromgehalt abhänge, ist nicht möglich, da 10,0 dieser Mischung 7,68 Grm. Brom, also viel weniger als die einzelnen genannten Salze enthalten. Die bei längerem Gebrauche dieser Combination auftretenden, venösen Stauungserscheinungen hängen vom Ammonium ab und verschwinden, wenn man letzteres Salz auf die Hälfte vermindert.

2) Mit dieser Combination ist es E gelungen zu bewirken, dass die unter ihrer Anwendung verschwundenen epileptischen Anfälle nach dem Aussetzen nicht wiedergekehrt sind.

3) Die durch ein Einzelsalz producirte Acne verschwand nach dem Gebrauche der combinirten Salze, auch wenn diese das acneergende Salz enthielten.

4) Ein Auftreten von Acne beim Gebrauche der genannten Combination hat E nie beobachten können.

Um den schädlichen Einfluss der Bromsalze auf die Verdauung aufzuheben, was durch Darreichen derselben in kohlensauren, alcalischen Wässern erreicht werden kann, was aber den Gebrauch derselben vertheuert, hat E. ein *Bromwasser* anfertigen lassen, das in 750 Cc. kohlensauren Sodasalzwassers 4,0 Bromkalium, 4,0 Bromnatrium und 2,0 Bromammonium enthält und dem zur Neutralisirung des meist sauer reagirenden Am. Br. 1 Tropfen Ammoniac zugesetzt wird. Dieses Bromwasser bleibt Monate lang klar, reagirt äusserst lange noch alcalisch und Methylviolett (1 : 100000) wird nicht entfärbt, zum Beweise, dass keine Bromwasserstoffsäure sich entwickelt hat. Man beginnt gewöhnlich mit einer halben Flasche Bromwasser, steigt rasch auf eine ganze, und trinkt es nach der Mahlzeit. Es muss bis zum Eintreten deutlicher Vergiftungserscheinungen, Schlafsucht, geistige Benommenheit, schlaffe Körperhaltung, unsichere Bewegung und Erschwerung der Sprache gebraucht werden; sind diese eingetreten, so reducirt man während 3 Tage den Gebrauch auf die Hälfte und setzt es ganz aus; bei kräftiger Ernährung und Bädern gehen die Vergiftungserscheinungen vorüber.

E. braucht dieses Bromwasser seit einem Jahre mit sehr gutem Erfolge bei Epilepsie, epileptischen Psychosen, Hysterie, hysterischem Kopfschmerz, Pavor nocturnus, Neurasthenie mit Pollutionen, Hemicranie und Schlaflosigkeit nach Morphiumentziehung und ist nur bei Epilepsie und Hemicranie bis zu Vergiftungssymptomen gestiegen. Es versteht sich von selbst, dass dieses Bromwasser, resp. die Combination der 3 Bromsalze nicht überall helfe, doch seien E's. Resultate damit so günstig, dass er Specialcollegen zu Wiederholung und Prüfung dieser Methode veranlassen möchte. Hz.

S. Lukjanow: Ueber die Aufnahme von Sauerstoff bei erhöhtem Procentgehalt desselben in der Luft. (Zeitsch. für phys. Chemie von Hoppe-Seyler. Bd. VIII. Heft 5).

Seit den Versuchen von Regnault und Reiset (1849) nimmt man als vollkommen erwiesen an, dass sich die Aufnahme des O durch den Organismus vom Partialdrucke dieses Gases in der Luft, wenigstens bei Steigerung desselben bis zu einer Atmosphäre, ganz unabhängig verhalte. Die neuesten Untersuchungen von Paul Bert (La pression barometrique Paris 1878) widersprechen dieser Lehre. Er fand, dass die Absorption dieses Gases sich mit der Erhöhung seiner Tension verändere und zwar Anfangs steigere bis zu einem gewissen Maximum (das zwischen 40—60% einer Atmosphäre lag), dann aber allmälig abnehme. Diese letzte Arbeit mag wohl die Ursache gewesen sein, dass der O in der letzten Zeit so häufig und so ausgiebig zu Inhalationen benutzt wurde, obgleich die Physiologie lehrt, dass die Absorption des O durchs Blut vom Drucke so gut wie gar nicht abhängig sei. Es war daher sehr dankenswerth diese Frage einer genauen experimentellen Prüfung zu unterziehen. Dieses ist nun von Lukjanow geschehen, der unter der Leitung von Dr. Harter in Berlin gearbeitet hat. Die Versuchsthiere (Ratte, Meerschweinchen, Hund, Katze, Taube, Kanarienvogel) wurden in einen nach den Principien von Regnault und Reiset construirten Respirationsapparat gebracht um dort bald normale bald sehr Oreiche Luft (60—90% O) einzuathmen, die Grösse des absorbirten O wurde dann mit Berücksichtigung aller Einzelheiten immer auf eine Stunde und ein Kilo Körpergewicht reducirt und in Cubiccent. bei 0° C. und 700 Mm. Hg. berechnet. Ein Blick auf die zahlreichen und ausführlichen Tabellen genügt um sich sofort zu überzeugen, dass dem O-gehalt der Athmungsluft ein dominirender Einfluss auf den O-verbrauch nicht zukomme. Ferner wurden noch eine Anzahl Versuche mit kranken Thieren (septisch

gemachten) angestellt, die schliesslich zu denselben Resultaten führten. L—n.

Killian: Laryngospasmus und Tetanie. (Monatssch. f. Ohrenheilk. № 6)-

Vrf. schreibt, bei der Erklärung der Ursachen des Laryngospasmus breche sich neuerdings die Ueberzeugung Bahn, doch es sich dabei «um abnorme Erregbarkeitsverhältnisse und Reflexthätigkeit des Nervensystems im Allgemeinen und des N. recurrens im Besondern» handele, und man bringe den Laryngospasmus «mit allerlei Neurosen» in Zusammenhang, bei welchen Alterationen in der Erregbarkeit des Nervensystems zu Grunde liegen», so mit Hysterie, Hypochondrie, Spiralirritation, Chorea, Tetanus, Epilepsie, Eclampsie. Die Tetanie finde sich nirgends als Ursache erwähnt.

Vrf. beschreibt einen von ihm an einer schwächlichen, ihr Kind stillenden Frau beobachteten Fall, der auf dieser Affection beruht. Mit dem Glottiskrampfe zugleich, der sich mehrmals in 24 Stunden wiederholt, tritt in beiden Handgelenken starke, krampfhafte Ulnarflexion, Adduction der Daumen, Flexion der Finger im Metacarpophalangealgelenke, Extension in den Interphalangealgelenken bei Flexion bis zum rechten Winkel im Ellbogengelenke auf. Weiterhin besteht noch eine gesteigerte mechanische Erregbarkeit der motor. Nerven, besonders des Facialis, so dass Streichen mit dem Finger über den Pes anserinus, Muskelzuckungen der ganzen entsprechenden Gesichtshälfte und Beklopfen der Endäste Contraction der einzelnen Muskeln des Gesichts hervorruft. Dieser Anfall in toto lässt sich beliebig oft durch Druck auf die A. brachialis und die benachbarten Nervenstämme hervorrufen.

Entwöhnen des Kindes, roborirende Diät und zweckmässige Lebensweise bei grossen Gaben von Bromkali brachten eine solche Besserung hervor, dass Pat. sich hergestellt glaubte. Doch blieb noch die Auslösung des Paroxysmus bei Druck auf die Gegend der A. brachialis bestehen.

Zum Schluss empfiehlt Vrf. in concr. Fällen auf Tetanie zu fahnden und meint «vielleicht dürfte dadurch öfters das Incognito der Grundursache in überraschender Weise aufgeklärt werden». N.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Antonow: Die Einrichtung von Desinfections-Kammern u. -Apparaten zur Unschädlichmachung inficirter Sachen. St. Petersburg, 1883. (Russ.)

In einer recht ausführlichen und mit guten, instructiven Abbildungen versehenen Abhandlung giebt A. zunächst eine allgemeine Uebersicht über das Wesen und die Bedeutung der Desinfection. Daran schliesst sich dann eine eingehende Betrachtung zahlreicher im Auslande (insbesondere in England, Frankreich, Deutschland) gebräuchlicher Desinfectionseinrichtungen und zum Schluss beschreibt Verf. die bei uns in Russland in Anwendung befindlichen Apparate. Jeder einzelne der besprochenen ist durch gute, klare Abbildungen veranschaulicht, seine Vorzüge und Nachtheile sind scharf hervorgehoben, und macht überhaupt das ganze Buch durchaus den Eindruck einer gründlichen Kenntniss des einschlägigen Gegenstandes. Obgleich das Werk eigentlich mehr den Techniker und Ingenieur interessiren dürfte, so können wir dasselbe doch auch dem ärztlichen Publicum warm empfehlen, da Text und Abbildungen auch dem Nichttechniker die Möglichkeit geben, sich vollständig über den Gegenstand zu informiren. S.

P. Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie, in Rücksicht auf die Chirurgie. Aus d. 3. französischen Auflage ins Russische übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Dr. A. S. Tauber, a. o. Professor der Universität Warschau. Lief. VII. (Schluss) Verlag von C. Ricker. St. Petersburg 1884.

Mit dieser Lieferung ist die Uebersetzung des Tillaux'schen Werkes abgeschlossen und damit der russischen, medicinischen Literatur eine wesentliche Bereicherung zu Theil geworden; es ist bekannt, dass es bisher in russischer Sprache kein derartiges Werk gab, das Bedürfniss nach einem solchen also gross war. Ueber die Vorzüge des Orginalwerkes sich hier auszulassen, dürfte bei der Renommirtheit desselben überflüssig sein, ebenso sind auch etwaige Mängel desselben hierorts schon früher besprochen. Dass die Uebersetzung eine gelungene zu nennen, ist schon von kundigerer Seite in der russischen medicinischen Presse mehrmals hervorgehoben, manche Wünsche, die in derselben lautbar wurden, hat der Autor in den späteren Lieferungen bereitwilligst berücksichtigt und erfüllt, und seinen Dank dafür ausgesprochen, dass sie geäussert worden. Deshalb hoffen wir, dass der Autor auch unsere Desiderien und Remarquen in einer etwaigen neuen Auflage in Betracht ziehen werde, da sie einzig nur vorgetragen werden, um das Buch handlicher zu machen. Ein Buch, wie das vorliegende, wird nicht einmal gelesen und bei Seite gelegt, sondern dient zum Nachschlagen und Orientiren, daher muss man sich in demselben möglichst schnell zurechtfinden können. Dieses kann nur geschehen, wenn das Inhaltsverzeichniss, das systematische sowohl, wie das alphabetische, recht ausführlich und praktisch angelegt ist. Beides vermissen wir leider. Das systematische Inhaltsverzeichniss ist kurz, das alphabetische sehr kurz und, wie uns scheinen will, sehr unpraktisch. Es ist gewiss ein sehr berechtigtes Bestreben, das sich allenthalben bei allen Nationen gezeigt hat, die medicinische Sprache von dem allzugrossen Wust der Latinismen zu befreien, doch dürfte auch hierin allzugrosser Eifer schädlich werden. Wenn forcirt jeder lateinische Terminus technicus vermieden wird und an Stelle dessen nicht landläufige Ausdrücke, sondern mehr oder weniger gezwungene Uebertragungen gesetzt werden, so wird das Buch selbst einem nationalen Leser schwerfällig, einem anders sprechenden aber unverständlich. Im Interesse der leichten internationalen Verständigung liegt eine allzurigoröse Purificirung der medicinischen Sprache gewiss nicht. Ganz unstatthaft scheint uns aber, im Index derartige Uebertragungen zu gebrauchen und die üblichen lateinischen Ausdrücke vollständig auszumerzen. Dadurch verliert ein Buch, wie das vorliegende, ungemein an Handlichkeit; es scheint zu viel des Guten, wenn man im Index den Arbor vitae nur unter Дерево жизни und das Noeud vital nur unter жизненный узелъ finden kann, oder das Lig. deltoideum nur unter В. als внутренне-боковая связка голенно-стойнаго сочленения. Auch wird man schwerlich die Art. cervicalis profunda unter Г. als глубокая шейная ар., die Luxatio iliaca unter З. als задне-верхній или подвздошный вывихъ (unter П. nicht angegeben) suchen.

Dass solches Purificiren forcirt ist, beweist sich der Autor selbst, indem er im Index nur den Ausdruck Жомъ kennt, im Text aber öfters von Сфинкторъ spricht (z. B. pag. 297). Sehr kurz und unvollständig ist der Index, so kennt er nur einen жомъ, das ist der Vagina, nicht den Sphincter oris, palpebrarum, ja nicht den Sph. ani, der doch chirurgisch bedeutend wichtiger ist als der Sph. vaginal.; nur einen M. biceps (humeri). Unbedeutende Operationen sind leicht zu finden, weil die Seitenzahl des Textes angegeben ist (Обрѣзание — Circumcisio 834), eminent wichtige sind nur in der Uebersetzung ohne Verweis auf den Text genannt (Грыжесѣчение — Herniotomia — ohne Paginalzahl). Wie leider in den meisten russisch gedruckten Büchern, ist die lateinische Orthographie und Grammatik mit grösstmöglicher Nonchalance behandelt: Paraphymosis, Miopia, arytenoideae, Pharinx, Pustula malignum, ausserordentlich häufig ist das Adjectiv der Muskeln statt auf us auf is auslautend.— Wir sind ausführlich auf gen. Formalia eingegangen, weil wir im Interesse der jetzigen und zukünftigen Freunde des Buches den Autor bewegen möchten, noch nachträglich durch ein recht ausführliches Inhaltsverzeichniss, geordnet nach den russischen und lateinischen Benennungen, das Buch zum Gebrauche bequemer zu machen; in dieser Form greift man ungern nach dem Buche zum Nachschlagen, weil das Auffinden der gesuchten Notiz zu beschwerlich ist und andere Bücher dem Bedürfnisse des Arztes hierin besser entgegenkommen. T.

C. Schröder: Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. VI. Auflage. Mit 189 Abbild. F. C. W. Vogel. Leipzig, 1884.

Das uns in der sechsten Auflage vorliegende «Handbuch der Frauenkrankheiten» weist eine wesentliche Bereicherung seines Inhalts auf. So hat namentlich, wie zu erwarten stand, das Kapitel über operative Behandlung von Unterleibstumoren (Fibrome, Myome, Cystome etc.) eine bedeutend eingehendere Besprechung erfahren, als sie die vorletzte, fünfte Auflage bietet. Besonders scharf und präcis sind In- und Contraindicationen für die Operat. aufgestellt. Hieran schliesst sich eine kurze Statistik sämmtlicher von S operirter Fälle mit Angabe der Methode und des Ausganges der Operation. (Verf. ist ein warmer Vertheidiger der intraperitonäalen Stielversorgung) Doch auch andere Abschnitte, so z. B. der über chronische Endometritis, sind ausführlicher behandelt, und gleichzeitig die in den Text eingedruckten Abbildungen um zahlreiche neue vermehrt worden.

Einer weiteren «Empfehlung» bedarf das bereits genügend verbreitete und bekannte Werk wohl kaum, die «sechste Auflage» ist Empfehlung genug. S.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Zur Frage der Mikrokokken bei der croupösen Pneumonie. Vorläufige Mittheilung von M. Afanassjew. — (Sep.-Abdr. a. d. «Wratsch» № 23). Russ.

— Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Nieren und der Leber bei einigen Vergiftungen, die von Hämoglobinurie oder Icterus begleitet sind. Vorläufige Mittheilung von Dr. M. Afanassjew. — (Sep.-Abdr. a. d. «Wratsch» № 24). Russ.

— Prof. J. Skworzow's: Cursus der praktischen Hygiene für Studirende, Aerzte und allgemein-sanitäre Institute. I. Abth.: Sanitäre Statistik und Geographie mit Daten aus der Anthropologie und Demographie. I. Lief. Mit Beilagen u. einer graphischen Farbentafel über die Zusammensetzung der Nahrungsmittel. — Warschau, 1884. (Russ.)

— Mittheilungen der Naturforschergesellschaft in Kiew. Th. VII, Lief. II. Beilage. Tafel I—XIV zum Artikel: J. Schmalhausen, Materialien zur tertiären Flora in Südwest-Russland. — Kiew, 1884.

— Zur Symptomatologie occulter visceraler Carcinome. Von Dr. P. Hampeln. — (Sep.-Abdr. aus der «Zeitschr. für klin. Med.» Bd. VIII, Heft 3).

— Ein seltener Fall von tiefsitzendem Schanker in der Urethra. Von A. Gay. — (Sep.-Abdr. aus dem «Med. Westn.»). Russ.

— Untersuchungen über Spaltpilze im menschlichen Blut. Ein Beitrag zur allgemeinen Pathologie, von Dr. G. v. Hoffmann. Mit 2 lithograph. Tafeln. — Aug. Hirschwald, Berlin 1884.

— Gun-shot wounds of the small intestines by Ch. Parkes, M. D. — Cowdrey, Clark & Co., Chicago, 1884.

— Die Vaccination und ihre Technik. Von Dr. L. Pfeiffer. Mit 17 Holzschnitten. — H. Laupp'sche Buchhandlung, Tübingen, 1884.

— Die Psychologie des Verbrechens. Ein Beitrag zur Erfahrungsseelenkunde, von Dr. A. Krauss. — H. Laupp-sche Buchhandl., Tübingen, 1884.

— Die Krankheiten des Kehlkopfes, mit Einschluss der Laryngoskopie und der local-therapeutischen Technik, für prakt. Aerzte und Studirende, von Dr. J. Gottstein. Mit 35 Abbildgg. — Toeplitz u. Deuticke. Wien, 1884.

— Hygiene. Cursus der allgemeinen Gesundheitspflege, von Prof. A. Dobroslawin. II. Th. — St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— W. N. Dmitrijew: Kefir, ein Heilgetränk aus Kuhmilch. III. Auflage. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russisch).

Rudolph Albrecht. †

Bereits in der vorigen № brachten wir die Trauerkunde vom Ableben R. Albrechts; heute wollen wir einige biographische Nachrichten geben.

Rud. Albrecht wurde am 16. Oct. 1846 geboren als Sohn des Musikers Carl Albrecht, vormals Director der russischen Oper, und später Musikinspector am Waisenhause in Gatschina. Seine Kindheit und Jugend stand unter dem Einfluss der Musik, deren hervorragendste Vertreter im Elternhause verkehrten. Selbst musikalisch sehr begabt und ausgezeichneter Geiger, erwählte er doch die Tonkunst nicht zu seinem Specialfach wie die anderen Geschwister, sondern widmete sich dem Studium der Medicin.

Im December 1868 absolvirte Albrecht die Medico-chirurgische Academie und am 8. Sept. 1869 trat er im Obuchowhospital ein als ausseretatmässiger Ordinator. Diesem Hospital hat er bis jetzt angehört: 1871 wurde er jüngerer Ordinator und am 13. März 1873, nach Küttner's Abgange — Prosector. In dieser Stellung hat er 10 Jahre lang unermüdlich gearbeitet, — mit ganzer Hingebung und mit Hintansetzung aller Rücksicht auf materielle Vortheile oder auf seine eigene Bequemlichkeit. Gegen 10,000 Leichen sind in diesem Decennium von ihm obducirt worden, 900—1000 im Jahre lieferte ihm das Hospital und ausserdem war er stets bereit Privatsectionen zu machen, so oft er von Collegen darum gebeten wurde. Jeden Morgen begann er die Arbeit in seiner Hospitals-Abtheilung, — seit Zorn's Tode der Typhusabtheilung des Weiberhospitals, — dann ging es aufs Anatomicum, wo er bis 2 oder länger beschäftigt war, und am Abend oder freien Nachmittagsstunden sass er zu Hause an seinem geliebten Mikroskop. Es blieb ihm nicht viel Zeit zur Privatpraxis und obgleich seine Patienten ihm von Herzen zugethan waren, interessirte ihn dieselbe auch weniger: sein ganzes Interesse gehörte eben seiner Wissenschaft, — die Beschäftigung mit derselben war seine Lust und sein Vergnügen. Wenn er einmal Abwechselung wollte, so fand er sie in der Musik, die ihm reichlich im eigenen Hause geboten wurde; mehr verlangte er nicht.

R. Albrecht war nicht verheirathet; mit seinen 2 gleichfalls unverheiratheten Geschwistern, hochbegabten Künstlernaturen, und der lieben Mutter lebten sie ein glückliches Leben, ein Leben der Arbeit in Wissenschaft und Kunst. Nicht nach Geld und Besitz ging unseres Albrecht Trachten. Zufrieden mit seinem geringen Einkommen, waren Neid oder Missgunst ihm fremd. Stets war er bereit mit seinem Wissen und seiner Arbeit den Freunden und Collegen zu helfen, und oft genug, fast zu viel, — wandte man sich an ihn um Rath oder Entscheidung in schwierigen Fällen. Seine Autorität in pathologisch-anatomischen Fragen wurde aber auch willig anerkannt unter den Collegen in unserer Residenz, und sie würde wohl auch in weitere Kreise gedrungen sein, wenn nicht eine grosse Bescheidenheit ihn davon zurückgehalten hätte dieselbe in Wort und Schrift mehr geltend zu machen.

Nachstehend geben wir ein Verzeichniss der von ihm in medicinischen Zeitschriften publicirten Aufsätze: In der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen:

1876. «Brückenförmige Myome dss Uterus» (№ 18).
«Fünf Fälle von überzähligen Semilunarklappen» (№ 24).
1878. «Eine einfache Methode zur Untersuchung des Blutes auf Spirillen» (№ 20).
«Sechs Fälle von Pustula maligna interna» (№ 43).
1879. «Zwei weitere Fälle von Pustula maligna» (№ 4).
1880. «Zur Lehre von der Spirochaete Obermeieri» (№ 1).
«Spontan gelöstes und ausgestossenes Lipom des Darmcanals» (№ 9).
«Recurrens bei einem 7-monatlichen Foetus» (№ 18).
1882. «Zwei Fälle von Echinokokkus multilocularis» (№ 31).
«Ein Fall von acuter perniciöser Anämie» (№ 38 Protokoll).
1884. «Zwei weitere Fälle von Recurrens beim Foetus» (№ 14).

Im Deutschen Archiv f. klin. Medicin erschien 1881 eine grössere Arbeit:

«Zur Kenntniss und Entwickelung der Spirochaete Obermeieri» (Bd. 29).

Von diesen Aufsätzen sind der letzterwähnte und der über Echinokokkus gleichzeitig in russischer Sprache im „Врачъ" publicirt.

Mitten im besten Arbeiten und Streben erkrankte er im Februar 1883. Es waren zunächst vereinzelte Fieberanfälle, von denen er heimgesucht wurde, und die lange Zeit keine rechte Diagnose ermöglichten. Erst im Sommer wurde es klar, dass es sich um eine schwere Infectionskrankheit handeln müsse — eine Infection, die aller Wahrscheinlichkeit nach vom Sectionstisch stammte. Die Vermuthung, dass eine chronische Mallensvergiftung vorliege, bestätigte sich leider nur zu sehr. Allen den zahlreichen, zum Theil sehr energischen Curversuchen zum Trotz erlag Rud. Albrecht der Krankheit am 12. October 1884. Wie er im Leben der Wissenschaft gedient, so wollte er auch seinen Tod nicht nutzlos vorübergehen lassen und wünschte Obduction.

Seine Krankheitsgeschichte, welche wissenschaftlich ein hohes Interesse bietet, wird von Dr. Kernig veröffentlicht werden.

So ist er dahingegangen, der treue Diener seiner Wissenschaft, der liebe Freund und College, er ist gefallen auf dem Felde der Ehre, ein Opfer seines Muthes und seiner Treue, wie der Soldat vor dem Feinde.

Ehret sein Andenken! M.

Wir lassen hier noch den ehrenden

Nachruf

folgen, welchen Dr. Herrmann, der Chef des Dahingeschiedenen, an seinem Grabe gesprochen hat.

«Wenn die Kugel den Krieger auf dem Schlachtfelde trifft, so schmücken Orden seine Brust; erliegt er seinen Wunden, so legen wir einen Lorbeer auf den Sarg und die Geschichte gedenkt seiner Thaten, seines Namens. Und der Arzt? — Täglich und stündlich bedrohen Gefahren seine Gesundheit, sein Leben, — ereilen sie ihn, strecken sie ihn auf's Krankenbett, erliegt er seinen Leiden, wie leicht wird er vergessen, ist er doch in seinem Bette, ist er doch an einer Krankheit gestorben. Unser Freund jedoch, unser *Albrecht*, wird nicht vergessen werden. Alle seine Kräfte und Zeit hat er der Wissenschaft gewidmet, das Dunkel der tückischsten Krankheiten aufzuhellen, war eine der Hauptaufgaben seiner Studien gewesen, und gerade einer solchen musste er zum Opfer fallen. Vergeblich war alle menschliche Kunst, vergeblich alle aufopfernde Pflege und Hingabe der Familie und Freunde, sie wollten dem Gedanken an seinen Verlust nicht Raum geben, er selbst aber durchschaute seine hilflose Lage und schwieg dennoch; er litt und duldete im Stillen, um den Kummer der Seinigen nicht zu vermehren. Da kam die schwere Stunde — der Faden riss — und der Tod ereilte ihn in der Blüthe des Lebens. Was er, Albrecht, der, trotz grossem Wissen, bescheidene Arzt der Wissenschaft gewesen, das wissen nur seine Collegen voll zu würdigen, haben wir doch Alle von ihm gelernt: als Mensch war er Allen ein treuer, warmer Freund in guten und in bösen Tagen. Was er den Seinigen als guter Sohn und Bruder, als Rathgeber gleichsam in allen Phasen des Lebens gewesen, das hier auszusprechen — bin ich nicht im Stande. Uns aber, seinen Freunden, möge er ein Vorbild und ein Sporn sein zu fernerer ernster Arbeit und ehrenhaftem Zusammenhalten unter einander. — Ehre seinem Andenken!»

Vermischtes.

— Am 3. October verstarb in Orenburg der frühere Medicinalinspector und Oberarzt des Orenburg'schen Kosacken-Heeres Dr. K. Uschakow im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Bildung auf der Moskauer Universität erhalten, worauf er im Jahre 1854 in den Militär-Medicinaldienst trat. Im Jahre 1863 wurde er Medicinalinspector in Poltawa, von wo er im J. 1871 in gleicher Eigenschaft nach Orenburg versetzt wurde. Einige Monate vor seinem Tode musste er wegen einer Nervenkrankheit, an welcher er litt, seinen Abschied nehmen.

— Am 5./17. October verstarb in Mersebnrg der auch in Petersburger Kreisen wohlbekannte Elektrotherapeut Dr. Rudolf Brenner.

— *Verstorben*: 1) In Warschau Dr. E. Klink. Die «Gazeta lekarska» widmet ihm einen ehrenvollen Nachruf und hat gleichzeitig das Portrait des Verstorbenen beigefügt. 2) In St. Petersburg Dr. Carl Strauch im 74. Lebensjahre.

— Wie die «Mediz. Nowosti» melden, ist der frühere Professor der Physiologie an der medico-chirurgischen Academie Dr. Cyon, welcher sich in Paris aufhielt, nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Der Professor der Chirurgie an der Charkow'schen Universität Dr. Sarubin ist nach Ausdienung seiner Dienstjahre auf weitere 5 Jahre wiedergewählt worden.

— Der Kaufmann Chludow hat zur Gründung eines Kinderhospitals in Moskau ein Haus mit einem Garten, im Werthe von ca. 300,000 Rbl., geschenkt.

— Dr. Zaldivar, früher praktischer Arzt, ist zum dritten Mal zum Präsidenten des Freistaates San-Salvador wiedergewählt worden.

— In Deutschland war bisher für den Unterricht in der Zahnheilkunde wenig gesorgt, da nur an einzelnen Universitäten private Unternehmungen bestanden, die dem Unterricht in diesem Fache dienten. Neuerdings sind nun von der preussischen und sächsischen Regierung an den Universitäten Berlin und Leipzig zahnärztliche Institute eingerichtet worden, durch welche einem längst empfundenen Bedürfniss abgeholfen wird. Das zahnärztliche Institut in Berlin, welches am 15. October c. eröffnet wurde, steht unter der Leitung des Prof. Busch; ausserdem fungiren an demselben als Docenten die Zahnärzte Dr. Paetsch, Dr. W. Miller und Sauer, welche sämmtlich zu Professoren ernannt sind.

— Dr. B. Oks, unseren Lesern durch seine Beiträge in früheren Jahrgängen dieser Wochenschrift bekannt, beabsichtigt, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, vom November dieses Jahres ab in Varna eine populäre medicinische Zeitschrift «Здровие» (Gesundheit) in bulgarischer Sprache herauszugeben.

— Der Fleischbeschauer Hesse ist von der Strafkammer in Halle zu 1½ Jahren Gefängniss verurtheilt worden, weil in Folge seiner nachlässigen Untersuchung des Fleisches 90 Personen in dem Dorfe Strenz-Naundorf an Trichinose erkrankt waren, von denen 12 starben. H. hatte das betreffende Schwein für trichinenfrei erklärt, nachdem er von demselben statt der vorschriftmässigen 30 Präparate nur 6 entnommen und auch diese sehr nachlässig untersucht hatte, da eine später vorgenommene Untersuchung in denselben ebenfalls das Vorhandensein von Trichinen ergab.

— In dem Städtchen Andreasberg (im Oberharz) sind über 100 Personen an der Trichinose erkrankt.

— Dr. Law empfiehlt im Brit. med. Journ. folgende, rasche *Färbungsmethode für Koch'sche Bacillen.* Ein gleichförmiges, dünnes Stücken Sputum wird zuerst in gewöhnlicher Weise auf dem Deckgläschen getrocknet und dann mit einer kleinen Menge der vorher in ein Uhrglas filtrirten Magenta- und Anilinlösung übergossen. Darauf wird das Gläschen über einer Spiritusflamme erhitzt, bis Dämpfe aufsteigen, dann entfernt und sorgfältig mit Methylalcohol (methylated spirit.) abgewaschen, bis die Färbung so vollständig als möglich verschwunden ist; endlich wird das Präparat getrocknet und mit einem Tropfen Tarrant'scher Lösung montirt. Die ganze Procedur dauert nicht länger als 5 Minuten, wobei der Gebrauch von Chrysoidin und Salpetersäure vermieden wird, ein zu berücksichtigender Vortheil

(New-York Medic. Record May 24. 1884).

— Germa (l'Encephale 1882 № 4) befolgt folgende *Methode*, um *Gehirne* in natürlicher und handlicher Gestalt *zu conserviren.* Das betreffende Gehirn wird zuerst 15 Tage lang in einer gesättigten Lösung von saurem, chromsaurem Ammonium gehärtet, dann mit einer Mischung von 1 Theil Carbolsäure, 1 Theil Alcohol, 8 Theilen Wasser und 10 Theilen Glycerin gewaschen und einen Tag lang in ihr gehalten, dann mit Wasser abgespült und an der Luft getrocknet. Dann wird das Gehirn mit 3—4 dünnen Firnissschichten überzogen, wobei die einzelnen Theile, wenn nöthig, mit verschieden gefärbten metallischen Pulvern ausgezeichnet werden können und schliesslich behufs Conservirung mit Malerfirniss überzogen.

(Brain XXVI p. 265).

Vacanzen.

— 1) Es wird ein Psychiater als Ordinator an der Irren-Abtheilung des Pensa'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals gesucht. Gehalt: 600 Rbl. und 400 Rbl. Quartiergeld. Die Gesuche sind bis zum 1. December an die „Пензенская губернская земская управа" zu richten.

— 2) In dem Flecken Orechow (Gouv. Taurien) ist die Stelle eines Stadtarztes vacant. Gehalt: 900 Rbl. jährlich. In diesem Flecken, welcher ca. 4000 Einwohner zählt, ist ausserdem ein Landschaftsarzt vorhanden.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg.
am 7. October 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2206	1562	3768
Kinderhospitäler	132	154	286
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	141	49	190
Scharlach	12	21	33
Pocken	9	4	13
Venerische Krankheiten	338	355	693

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 30. Sept. — 6 Oct. 1884 besucht von 2063 Kranken, darunter zum ersten Mal von 851.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 7. bis 13. Oct. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
230	157	387	89	26	34	6	5	13	36	45	56	33	27	12	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 3, Diphtherie 9, Croup 2, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 0, Thiergift 2, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, andere Gehirnkrankheiten 28, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 29, acute Entzündung der Athmungsorgane 44, Lungenschwindsucht 69, andere Krankheiten der Brusthöhle 7, Gastro-intestinal-Krankheiten 38, andere Krankheiten der Bauchhöhle 16, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 23, Marasmus senilis 17, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 16, Selbstmord 5, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	21—27 Sept.	190 115	93	8	25,4	8,5	37,2
Kopenhagen	23—29 Sept.	267 000	113	12	22,1	10,6	43,0
Berlin	28 Sept.—4 Oct.	1 225 065	650	102	27,6	15,6	38,2
Wien	28 Sept.—4 Oct.	759 849	273	15	18,7	5,5	22,3
Brüssel	21—27 Sept.	171 293	61	5	18,5	8,2	37,0
Paris	26 Sept.—2 Oct.	2 239 928	806	91	18,7	11,1	25,8
London	28 Sept.—4 Oct.	4 019 361	1328	135	17,2	10,1	33,7
St. Petersburg	**5—11 Oct.**	**928 016**	**358**	**42**	**17,9**	**11,7**	**30,2**

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 30. October c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. October c.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect № 14.

Бертенсонъ и Воронихинъ. Минеральныя воды, грязи и морскія купанья въ Россіи и Заграницей. 3-е вновь обработанное и значительно дополненное изданіе. 1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Карманная книжка для врачей и студентовъ 1884. 35 Kop.

Никитинъ. Руководство къ изученію ларингоскопіи и болѣзней гортани. 2-й вып. (конецъ) 1 Rbl. 10 Kop. Preis des ganzen Werkes 2 Rbl.

Симоновичъ. Сравненіе періодовъ индивидуальнаго развитія ребенка съ эпохами человѣчества. Вып. 1-й и 2-й 18-4. 60 Kop.

Beard. Sexual neurasthenia (Nervous exhaustion) 1884. 6 Rbl.

Bert. (Prof. Paul) Le choléra. 1884. 1 Rbl.

Brass. Die thierischen Parasiten des Menschen. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1884. 3 Rbl.

Gaudard. Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile. 1884. 1 Rbl. 50 Kop.

Klein. Micro-organisms and disease. With 108 illustr. 1884. 2 Rbl. 95 Kop.

Pansch. Anatomische Vorlesungen für Aerzte und ältere Studirende. I Theil (Brust und Wirbelsäule). Mit 70 Holzschn. 1884. 3 Rbl. 30 Kop.

Pistor. Dritter Generalbericht über das Medicinal- und Sanitätswesen der Stadt Berlin im Jahre 1882. 4 Rbl. 20 Kop.

Ploss. Das Kind in Brauch und Sitte der Völker. 2. verm. Aufl. 1884. 7 Rbl. 20 Kop.

Ploss. Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropologische Studie. 6. Lief. 1884. 1 Rbl. 20 Kop.

Podwyssotzki. (Sohn) Kefyr. Kaukasisches Gährungsferment und Getränk aus Kuhmilch. Aus dem Russischen übersetzt. 1884. 80 Kop.

Saint Vel. De la douleur physique et moral au point de vue physiologique et pathologique. 1884. 1 Rbl. 50 Kop.

Strümpell. Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten II. Bd. 2. Theil (Krankheiten der Nieren und der Bewegungsorgane, Constitutionskrankheiten, Vergiftungen, Receptformeln) 1884. 4 Rbl. 80 Kop. Preis des ganzes Werkes 18 Rbl.

Tahintzis. Ein Fall von Prolapsus vaginae bei einer Jungfrau (Dissertation) 1884. 60 K.

Schauta, Grundriss der operativen Geburtshülfe. Mit 30 Holzschn. 1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Weber, Ueber die Schul-Hygiene in England. 1884. 60 Kop.

Curhaus

für

NERVENKRANKE

in Pankow bei Berlin.

In dem Curhause des Unterzeichneten, welcher lange Zeit als Assistent sowohl an der psychiatrischen als auch an der Nervenklinik der Berliner Universität thätig war, finden Nervenkranke aller Art Aufnahme, vor allem solche, welche an Neurosen leiden.

Geisteskranke bleiben ausgeschlossen.

Sowohl für die Erkrankungen des Nervensystems als auch für etwaige Leiden anderer Organe haben die ersten Autoritäten der Berliner Universität ihre consultative Unterstützung gütigst zugesagt.

Pankow ist eine Stunde Weges von Berlin gelegen und hat mit dem letzteren Verbindung durch Eisenbahn und Pferdebahn. 173 (2)

Pankow, Breite Strasse 32

Dr. Rudolf. Gnauck.

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband, Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen. chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter**. 157 (21)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

30 **Kurort Ober-Salzbrunn**

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc. — Saison** im **Kurort** vom **Anfang Mai** bis **Ende September. — Versendung** des **„Ober-Brunnens"** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens" **zu jeder Zeit.** **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection**

Goldene Medaille für Verbandstoffe und Frucht-Extracte.

Moskau 1882.

Das

chemische Laboratorium

von

J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,

empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly, Cambric, Jute, Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte, Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung;

übernimmt die Ausführung:

von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;

von sämmtlichen **Zerkleinerungs-arbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 143 (3)

VICHY

Depot in Paris, 8, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy ans dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

Zu haben bei: **Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Gesellschaft, H. Klos & Co.**

Chemische Gutachten über die

Franz Josef-Bitterquelle.

Prof. M. Balló, Budapest, amtl. Chemiker: «enthält eine ausserordentlich grosse Menge von Sulfaten» (1876).

Prof. M. v. Bernáth, Budapest, «ist nach der Zusammenstellung das wirksamste Bitterwasser» (1877).

Academie der Medicin, Paris, «sehr gehaltreich, die Einführ. in Frankreich wird befürwortet» (1878).

Dr. E. Boutemy, Paris, amtl. Chemiker: «enthält mehr purgirende Salze, als alle anderen gleichart. Mineralw.» (79).

Prof. H. v. Fehling, Stuttgart, «d. Menge der abführenden Salze in der F. J.-B. ist etwas mehr als 4 mal so gross wie im Friedrichshaller Wasser» (1882).

Prof. John Attfield, London, «in Folge seiner kräftigen Bestandtheile ist eine geringere Dosis erforderlich, als von anderen abführ. Wässern» (1882).

Prof. Carlo Bazzoni, Mailand, «muss allen Wässern gleicher Gattung vorgezogen werden» (1883).

Ueber die Wirkung des F. J.-B. äusserte sich unteren Anderen

Herr **Kaiserlicher Leibarzt**

Prof. Dr. Nicolai Zdekauer:

«Ist ein sicheres und kräftiges Abführmittel, was bei dem starken Gehalt an Bitter- und Glaubersalz nicht anders zu erwarten war.»

St. Petersburg, 24. Mai 1884.

Ferner Herr **med. Dr. Apte, Warschau:** «Ein sehr gut wirkendes kühlendes Abführmittel». März 1881.

Vorräthig in den Mineralwasser-Depots.

Niederlagen werden auf Wunsch überall errichtet durch 163 (1)

Die Versendungs-Direction, Budapest.

Ein junger gebildeter Mann, der als

Krankenpfleger

thätig war, wünscht einen ähnlichen Posten zu bekleiden. — Aerztliche Empfehlungen stehen zur Seite. Adresse: Ecke des Newsky-Prosp. u. d. Fontanka № 61—41, Quart. 59.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 19 Октября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 43. **St. Petersburg, 27. October (8. November)** **1884.**

Zur Casuistik der Verletzung der Arteria meningea media bei umschriebenem Splitterbruche der Temporo-Parietalgegend.

Mittheilung aus dem Privathospital des Herrn v. Paschkow im Gouvernement Nishni-Nowgorod.

Von

Dr. E. Assendelft.

Nach Professor Bergmann (Deutsche Chirurgie, Lief. 30, pag. 375) «liegen mit den Fällen früherer Sammler (Bruns, Vogt, Prescott, Hewett) 99 Fälle von Verletzungen der Arteria meningea media bei Fracturen des Schädels vor. Von ihnen endeten mit Genesung 16, und zwar 12, bei denen das Blut nach aussen floss, 3, bei denen wegen Hirndruck trepanirt wurde, und 1 (Perrin's Fall) nach typischen Druckerscheinungen und einem langen Krankenlager.» «In den anderen Fällen erfolgte der Tod, und zwar, soweit die Angaben lauten, in 36 Fällen während der ersten 24 Stunden, in 7 Fällen während des zweiten, und in 4 Fällen während des 3. Tages; in 10 Fällen ist ein späterer Todestermin angegeben worden. Drei Mal lag die verletzte Arterie auf der der Fractur entgegengesetzten Seite.»

Demnach ist durch den Beobachtungsfall Perrin's die Möglichkeit der spontanen Ausheilung einer Verletzung der Arteria meningea media, nach typischen Druckerscheinungen und einem langen Krankenlager, erwiesen. Man wird daher, wenn typische, längere Zeit anhaltende, dann rückgängig gewordene Gehirndrucksymptome beobachtet wurden, die Möglichkeit der Abhängigkeit solcher auch von einer Verletzung der Arteria meningea media zugeben können. Nach der oben angeführten Beobachtungsreihe wird aber ein solches Vorkommen doch zu den grössten Seltenheiten gerechnet werden müssen.

In den meisten der Fälle erfolgte nach einem freien Intervall zwischen der Verletzung und deren Symptomen, unter stetig anwachsenden Gehirndruckerscheinungen, in kürzester Zeit der Tod.

Durch eine im Moment der Verletzung acquirirte Gehirnläsion kann das für eine Meningealverletzung charakteristische Krankheitsbild schwinden, daher sich der Fall unserer Erkenntniss und unserem Handeln entziehen und erst die Section die eigentliche Todesursache nachweisen.

Auch eine irrthümliche Diagnose liegt im Bereiche der Möglichkeit, da Blutungen aus dem Sinus cavernosus und transversus, aber auch subdurale, unter Umständen ganz gleiche typische Drucksymptome veranlasst haben.

An unserem Handeln wird diese Eventualität nichts ändern, da wir gegenwärtig, dank der modernen Wundbehandlung, einerseits schädliche Folgen unseres activen Vorgehens mit grösserer Sicherheit zu vermeiden wissen, andererseits durch die Entfernung des zwischen Dura mater und Calvarium angesammelten Blutes dem Kranken nützen können.

Mir ist ein im St. Petersburger Obuchow'schen Hospital 1876 beobachteter Fall im Gedächtniss: Eine complicirte Schädelfractur des rechten Scheitelbeines mit Depression und starken Drucksymptomen, an welchem ich mit Dr. Moritz die Trepanation vorgenommen habe. Aus der Trepanationsöffnung liessen sich grosse Blutgerinnsel zwischen Dura und Schädelknochen entfernen. Die Lücke im Knochen, die Dura mater, liess sich nicht vollständig mit den Kopfweichtheilen bedecken. Die Kopfverletzung wurde mit dem Lister'schen Verbande nachbehandelt. Zum vollen Bewusstsein ist der Mann nicht gekommen, er lebte aber, soweit ich mich erinnere, 6 Tage, um dann rasch, wider Erwarten, zu verscheiden. Die Section ergab keine Meningitis, wohl aber grosse, frische Blutgerinnsel rechts zwischen Dura und Knochen und an der Basis, die wahrscheinlich aus der Arteria meningea stammten — ohne dass sich die Oeffnung an der Arterie finden liess. In diesem Falle hätte die Anlegung der Trepankrone an der von Hueter und Vogt vorgeschlagenen Stelle, möglicherweise aber auch nach den Erfahrungen der Amerikaner die Ligatur der Carotis communis, vielleicht auch der externa die Nachblutung verhindern können.

Von den wegen charakteristischem Hirndruck Trepanirten sind bisher nach Bergmann nur 3 geheilt. (Physik nach Gross, Bird und Hueter.) Die Hueter'sche Trepanation hält Prof. Bergmann für nicht ganz gerechtfertigt, da dieselbe vorzugsweise wegen der Blutan-

sammlung unter dem Temporalmuskel unternommen wurde, während es sich um ein intracranielles Blutextravasat nicht handelte. Hierzu kommt der in dieser Wochenschrift № 52, 1881 veröffentlichte Fall Dr. W e l j a m i n o w's aus der R e y h e r'schen Klinik: Intracranielle Blutung aus einem der Zweige des hinteren Astes der Meningea media, Trepanation — Heilung.

Relativ am günstigsten gestalten sich noch die Fälle, wo das Blut nach aussen durch die Schädelfractur oder -Fissur seinen Abfluss finden kann. — Einerseits ist hierdurch die intracranielle Blutansammlung behindert, andererseits ist meist in solchen Fällen die Integrität der Kopfweichtheile bereits im Moment der Verletzung aufgehoben. Es fallen daher die Bedenken des Arztes, activ einzugreifen, fort.

Wofern, selbst beim Fehlen typischer Drucksymptome, das Verletzungsterrain eine Zerreissung der Arteria meningea media wahrscheinlich macht, wird man die schon gesetzte Wunde behufs erforderlicher Blutstillung, Einsichtnahme in das Verletzungsgebiet, Desinfection, soweit erforderlich; ohne Weiteres erweitern. Selbstverständlich werden wir blossgelegte, tief eingedrückte Knochensplitter eleviren und entfernen, scharfe Knochenränder mit Meissel und Hammer glätten, das verletzte Gefäss aufzufinden, doppelt zu unterbinden und auszuschalten trachten.

Ist die Blutung gestillt, das Verletzungsterrain möglichst günstig gestaltet und desinficirt, so wird man nach dem Vorgange Professor B e r g m a n n's eventuell auch durch eine plastische Operation das Verletzungsterrain mit den Weichtheilen durch die Naht zu decken trachten. Dank der antiseptischen Wundbehandlung dürfen wir auch bei diesen Fällen schwerer Kopfverletzungen einen günstigen Ausgang erhoffen. Nachfolgenden einschlägigen, von mir beobachteten Fall erlaube ich mir mitzutheilen.

Agafja Iwanowa, 6 Jahr alt, aus dem Dorfe Tarchanowo, wurde am Nachmittag des 19. April 1884 in bewusstlosem Zustande aufgenommen. Das Kind soll am Morgen desselben Tages unter die Hufe eines dahergaloppirenden Pferdes gerathen sein. Der Verlust des Bewusstseins ist allsogleich nach der Verletzung von der Grossmutter bemerkt worden. Aus der Kopfwunde soll es mässig geblutet, und sich etwas Gehirnbrei entleert haben.

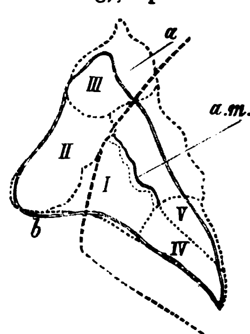
Status praesens: Der Puls ist klein, 112 in der Minute. Die Respiration nicht beschleunigt, häufig durch Seufzer unterbrochen. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren nur träge auf Licht. Lähmungen sind nicht vorhanden. Hautreize lösen sofort reflectorische Bewegungen aus. Bei Untersuchung der Wunde Stöhnen, Schreien und abwehrende Bewegungen. Nach Abnahme des blutig durchtränkten Tuches wurden die mit Blut verfilzten Kopfhaare, soweit erforderlich, abrasirt. Die Kopfdecken wurden mit Spiritus saponatus sorgfältig gereinigt und mit 5% Carbolsäurelösung desinficirt. Dicht vor dem oberen Ansatz der rechten Ohrmuschel findet sich eine 5 Mm. grosse Wunde. Denkt man sich von der Sutura sagittalis aus zu dieser Wunde eine Verticale gefällt, so findet man 6½ Ctm. oberhalb derselben, 1½ Ctm. nach hinten von der Verticallinie, eine zweite 1 Ctm. lange Wunde. Diese Wunde liegt in der Höhe des Tuber parietale, 4 Ctm. vor demselben. Die Temporo-Parietalgegend unterhalb und etwas occipitalwärts von der Wunde ist geschwellt und fühlt man deutlich, herab fast bis zu einer durch den oberen Ohransatz gedachten Horizontalebene, überall Fluctuation.

Bei vorsichtigem Druck entleert sich aus der 1 Ctm. grossen Wunde flüssiges Blut und ½ Theelöffel voll Gehirntheile. Man nimmt nun in der Tiefe der Wunde eine Fissur im Scheitelbein wahr und fühlt unterhalb, und etwa 2 Ctm. rückwärts von der Wunde, den Schädel umschrieben fracturirt und die Druckfragmente tief eingedrückt. Die umschriebene Depressionsfractur der Temporo-Parietalgegend hat also zur Zerreissung der Gehirnhäute und zum Verlust von im Ganzen wohl nicht mehr als etwa 2 Theelöffel voll Gehirnsubstanz geführt.

Das Verletzungsgebiet machte eine Zerreissung der Arteria meningea oder eines ihrer Aeste sehr wahrscheinlich. Daher wurde, nachdem das Kind chloroformirt, die obere Wunde in der Richtung nach hinten unten 4½—5 Ctm. erweitert. Nun zeigte sich, dass von der Depressionsfractur, in der Richtung zur Wunde, vor dem oberen Ohransatz, ein weiter Spalt mit deprimirten Rändern verläuft. Ein zweiter 4½—5 Ctm. langer Schnitt beginnt im unteren Winkel des ersten Schnittes und endet 1 Ctm. oberhalb der kleinen Wunde, ohne die von dieser gefällte Verticale zu erreichen (dabei wurden 2 Arterien, die Tempor. profund. unterbunden). Der durch beide Schnitte begrenzte Lappen hatte die Form eines gleichschenkeligen Dreiecks. Die Höhe des Lappens betrug 4 Ctm.; dem Lapppen haftete das von der Depressionsfractur abgelöste Periost an. Nun liess sich der Lappen leicht nach vorn oben umklappen und die Schädelverletzung freilegen.

Die in der oberen Wunde wahrgenommene Fissur verläuft leicht geneigt von vorn oben nach hinten unten und verliert sich unter dem hinteren unteren Wundrand. Diese Fissur würde, verlängert, die Sutura sagittalis unter einem nach hinten offenen Winkel von circa 75 Grad treffen, an der Basis hinter dem Proc. mastoideus verlaufen. Ihr vorderer Rand steht tiefer als der hintere. 1½ Ctm. unterhalb des oberen, sichtbaren Endes dieser Schädelfissur trifft auf dieselbe die schon erwähnte, von hinten oben leicht geneigt nach vorn unten, vor dem knöchernen Gehörgang ziehende Schädelspalte. Im unteren, durch den Zusammentritt beider Fissuren gebildeten Winkel, findet man die tiefe centrale Deprsession der Schädelknochen. Im hinteren Abschnitt des fast horizontal verlaufenden Spaltes steht der untere Knochenrand bedeutend tiefer und unter dem oberen, tiefer auch, als die im Winkel des verticalen Spaltes anliegenden Knochentheile, wo sich die hier unverletzte Dura mater aus dem klaffenden Spalt hervordrängt.

Es wurden mit dem Elevatorium 2 grössere, *tief eingedrückte*, fast vollständig gelöste Knochenfragmente (siehe Zeichnung), Splitter I und II und durch Abmeisselung bei *a* Splitter III entfernt. Vorn im horizontalen Spalt wurden 2 Splitter nur aus der Tabula externa mit der Kornzange extrahirt. (Der Naht entsprechend Theile der Schläfenschuppe?) Mit Hülfe eines Elevatoriums konnte der untere Rand (*b*) und mit ihm die Schuppe erhoben werden.



Nachdem die Defectränder mit Meissel und Hammer nach Möglichkeit geglättet, wurde das unter Splitter I und II gelegene geringe Blutgerinnsel fortgenommen; darunter finden sich die zerrissenen Gehirnhäute und zertrümmerte Gehirnmasse. Der Dura mater aufliegend sieht man ein grosses pulsirendes Gefäss verlaufen (*a. m.*). Dem Gefäss entsprechend, an der Innenfläche und dem Rande des Knochensplitters I, eine Gefässfurche. Beim Erfassen und Abheben der Arterie spritzt es im Strahl an 3 Stellen aus derselben. Zwischen 2 P é a n'sche Pincetten gefasst, wurde die Arterie (hinterer Ast der Arter. meningea media) doppelt unterbunden und ausgeschaltet. Sorgfältiger Abspülung des Contusionsherdes am Gehirn und des Operationsterrains mit 5% Carbolsäurelösung, folgte Bepuderung mit gepulvertem Jodoform. Der Lappen wurde zurückgeklappt, die Wundränder wurden mit feiner Sublimatseide genäht, an 3 Stellen kurze Drains senkrecht eingelegt. Protectiv, Jodoformmarly, darüber ein typischer Verband mit B r u n s'scher Marly.

Krankheitsverlauf: Bald nach der Operation stellt sich 2 Mal Erbrechen ein. Die Temperatur Abends 38,2. Der Puls 120.

20. April Morgens. Temp. 38,5. Ab. T. 37,8. Der Puls schwankt zwischen 112 und 120. Die Hornhäute werden nicht vollständig von den Augenlidern bedeckt. Die Pupillen sind mittelweit, reagiren träge auf Licht. Beim Kneifen Stöhnen und abwehrende Bewegungen. Unruhe. Die Blase ist stark ausgedehnt, während der Untersuchung wird der Urin in's Bett gelassen. Stuhlgang erfolgte erst nach einem Lavement.

21., Morg. T. 38,2. Ab. 38,2. Der Puls meist 112. Die Pupillen sind etwas erweitert und reagiren auf Licht. Die Respiration häufig durch Stöhnen unterbrochen. Die Zahnreihen sind fest aufeinander gepresst. Beim Einflössen der Milch verschluckt sich das Kind leicht. Der Harn wird unter sich gelassen.

Erster Verbandwechsel. Kein Tropfen Secret, keine Reaction. Der Lappen hat sich vollständig angelegt. Gegen Abend wird das Kind unruhig.

22., Morg. T. 37,4. Ab. T. 37,9. Puls 92. Während der Nacht grosse Unruhe. Das Kind kommt zum Bewusstsein, es hat Wasser verlangt und hat auf seinen Namen gehört. Heute früh giebt das Kind nur ungern, aber zutreffende Antworten. Im Laufe des Tages grosse Unruhe. Das Kind wirft sich hin und her und muss gehalten werden, verlangt fortwährend ganz ungereimtes Zeug und immer etwas Anderes.

23., Morg. T. 37,8. In der verflossenen Nacht ist das Kind ruhiger gewesen. Zweiter Verbandwechsel: kein Tropfen Secret. Primäre Heilung. Die Nähte werden entfernt. An umfangreicher Stelle sieht man starke pulsatorische und respiratorische Bewegungen an der Kopfdecke. 2 Mal im Laufe des Tages stellen sich klonische Krämpfe im linken Vorderarm ein. Ab. T. 38,5. Puls 80. Grosse Unruhe.

24., Morg. T. 38. Ab. T. 37,8. Puls 80. Das Kind klagt über Kopfschmerz, ist eigensinnig, verlangt bald dies, bald jenes zu essen, giebt zutreffende Antworten.

25., Morg. T. 37,4. Im Laufe der Nacht und am Morgen ruhiger Schlaf. Kein Kopfschmerz mehr. Nachmittags wieder grosse Unruhe, wirres Zeug wird durch einander geschwatzt. Ab. T. 37,6.

26., Morg. T. 37,4. Dritter Verbandwechsel: kein Tropfen Secret, starke respiratorische und pulsatorische Bewegungen des Gehirns. Das Kind verlangt fortwährend und alles nur Mögliche zu essen. Der Puls 80. Das Kind erhält zur Nacht $^1/_{12}$ Gr. Morph. muriat. Ab. T. 37,3.

27., Morg. T. 37,4. Im Laufe der ganzen Nacht ruhiger Schlaf, jetzt wieder Unruhe und Schwatzhaftigkeit. Ab. T. 37,7. Zur Nacht $^1/_{12}$ Gr. Morph. muriat.

28., Morg. T. 37,4. Vierter Verbandwechsel. Die unterste Schicht an einer Silberrubel-grossen Stelle mit Blut imbibirt. Kein Tropfen Secret. Die kurzen Drains stecken trocken, von Jodoform umgeben, in der primär geheilten Nahtlinie. Die pulsatorischen und respirator. Bewegungen des Gehirns ansehnlich. Ab. T. 37,8. Zur Nacht Morph. mur. gr. $^1/_{12}$.

Von nun an bis zum Tage der Entlassung am 21. Juni erhob sich die Temperatur im Ganzen 8 Mal bis 37,6, resp. 37,7.

Vom 30. April an ist das Kind wie umgewandelt: die Unruhe, die Schwatzhaftigkeit sind nach den bis zum 30. täglich erhaltenen Morphium-Pulvern zu $^1/_{12}$ Gr. vollständig geschwunden und zeichnete sich das Kind bis zu seiner Entlassung durch ein geradezu musterhaftes Betragen aus.

Am 2. und 7. Mai fünfter und sechster Verbandwechsel. Da wo die Drains gesteckt, 3 etwa linsengrosse Granulationsflächen, die sich am 15. Mai beim siebenten Verbandwechsel übernarbt finden.

Seit dem 1. Juni spaziert das Kind den ganzen Tag herum. Irgend welche Störung oder Einbusse der Intelligenz ist weder vom Hospitalpersonal noch von der Mutter bemerkt worden. Bis zum 21. Juni verblieb das ganz gesunde Kind zum Zweck der Beobachtung im Hospital. Der Versuch, hier an Ort und Stelle eine Schutzkappe bereit zu stellen, gelang nicht. Auch gegenwärtig soll das Kind vollkommen gesund sein.

Die Zeichnung wurde am Tage der Entlassung durch Anlegung durchsichtigen Papieres direct vom Schädel aufgenommen (durchbrochene Linie entspricht der Narbe). Die entfernten Knochenfragmente passen ziemlich genau (punctirte Linie) in den durch Palpation festgesetzten Defect (fortlaufende breite Linie), wie in der Zeichnung angegeben.

Referate.

Prof. Th. Billroth: Ueber Nierenexstirpation. (Wien. med. W. №№ 23—25.)

In dem vorliegenden am 6. Juni a. c. gehaltenen Vortrag nimmt B. Stellung zu dieser neuerdings so in Aufschwung gekommenen Operation und sucht namentlich die Indicationen derselben klar zu legen.

Im Ganzen hat Dr. Schustler, der auf Wunsch B.'s eine Zusammenstellung aus der Literatur vorgenommen, 132 Fälle von Nierenexstirpation gefunden, davon 70 genesen und 62 gestorben, also 47 % Mortalität. «Dieses hat jedoch für die Prognose des einzelnen Falles», wie B. sagt, «keine Bedeutung, sie deutet nur an, dass, Alles in Allem genommen, doch etwas mehr als die Hälfte der Menschen nach Entfernung einer Niere genesen können». Zunächst betrachtet nun B. die Indicationen zur Entfernung *einer gesunden Niere* und stellt ihrer 3 auf:

1) Entfernung der in Folge einer Verletzung der Bauchwandungen vorgefallenen Niere. Dieses ist 3 Mal und zwar mit Erfolg gethan worden.

2) Entfernung der Niere wegen unheilbarer Ureterenfistel. Diese Indication ist 9 Mal angewandt, 6 Mal trat Heilung ein. In dieser Gruppe beschreibt B. ausführlich einen von ihm operirten Fall von Ureter-Bauchdeckenfistel.

3) Entfernung gesunder beweglicher Nieren. Wegen dieser Indication hat B. ebenfalls 1 Mal operirt. Von 14 Operirten sind 8 genesen, 6 gestorben.

Exstirpation erkrankter Nieren. Es handelt sich hierbei um Nierenvereiterungen, Hydronephrosen und Nierengeschwülste. Wegen Pyelitis calculosa und wegen perinephritischer Abscesse hat B. wohl operirt, nur nicht exstirpirt und scheint es ihm auch nicht praktisch. Von den 40 wegen *Nierenvereiterungen* durch Exstirpation Behandelten genasen 22. Die Indication der *Hydronephrose* lässt sich anfechten, weil diese selten zum Tode führt und meist durch andere Methoden geheilt werden kann. Zudem ist die Diagose schwierig und es ist bemerkenswerth, dass die Hydronephrosensäcke meist vor der Operation für Ovarialcysten gehalten worden und dadurch zur Operation kamen. 9 Mal sind Hydronephrosensäcke ausgeschnitten, 6 Mal mit nachfolgender Genesung. — Wegen *Neubildungen* sind 33 Operationen mit 20 Todesfällen zu verzeichnen. B. hat 2 Mal wegen Nierentumoren die Exstirpation gemacht, beide Male, wie die beigegebenen Krankengeschichten zeigen, mit Erfolg.

Bezüglich der *Operationsmethode* stimmt B. völlig mit Czerny überein, dass die extraperitonäale Operation mittelst Lumbarschnitt, wenn möglich, zu bevorzugen sei. Nephrectomie mittelst Laparatomie ist viel complicirter und gefahrvoller. P.

A. Sassezki (Petersburg): Einige Worte über Antipyrin. («Wratsch» № 25.)

S. hat auf der Klinik des Prof. Manassein dieses neue Mittel mit sehr günstigem Erfolge an 3 Pat. (2 Abdominaltyphus, 1 — Scorbut mit Fieber) versucht. Er verabreichte 2 Grm. und nach 1 Std. noch 1 Grm. ohne irgend welche unangenehme Nebenwirkungen. Es erwies sich als sehr energisch die Temperatur herabsetzend. Selbst eine Rectumtemp. von 41° konnte auf die Norm herabgedrückt werden. Schon nach 1 Std. ist die Temp. um 0,4 bis 1,1° gefallen, die volle Wirkung tritt jedoch erst nach 4—5 Std. ein und dauert 3—7 Std. an.

Ausser dem Temperaturabfall tritt auch noch eine ergiebige Schweisswirkung ein, welche dem Temperaturabfall proportional und meist schon 2—3 Std. nach Einnahme des Mittels eintritt. Der Puls wird schon 1 Std. nach der Einnahme langsamer, nie aber schwächer, eher sogar voller. Zuweilen geht diesem eine kurze Beschleunigung des Pulses vorher. P.

Hofmokl: Beiträge zur Herniotomie eingeklemmter Nabelbrüche. (Wien. med. Presse. 1884. № 1. 2. 5.)

H. Singer: Hernia umbilicalis incarcerata. Herniotomie. Heilung. (Wien. med. Presse. 1884. № 14).

Beide Arbeiten sind Beiträge zur Casuistik dieser seltnen Art Brüche und ist die zweite durch die erste angeregt worden.

H. giebt ausser den 3 Krankengeschichten noch eine allgemeine Symptomatologie und anatomische Eintheilung dieser Eingeweidevorlagerungen und eine Statistik der Operationserfolge der Zeit-

periode, wo die antiseptische Wundbehandlung noch wenig geübt wurde und der unter antiseptischen Cautelen ausgeführten Operationen (1870—1881), wobei sich das Verhältniss, wie natürlich, sehr zu Gunsten der letztern herausstellt. Unter 154 Fällen — 55,2 % Genesung und 44,8 % Tod gegen 34 Fälle mit 85,3 % Genesung und 14,7 % letalen Ausgangs. Der noch hinzukommende mit Genesung endende Fall von Singer ändert das Verhältniss auf 85,7 % Genesung und 14,3 % Tod. N.

W. Seweke: Versuche Syphilis auf Ferkel zu verimpfen. (Wratsch №№ 21 und 22).

S. hat unter der Leitung des Prof. Tarnowski die bekannten Martineau'schen Versuche wiederholt und zwar an 4 Ferkeln von 1—3 Monaten. Verimpft wurden Detritus von harten Schankern, Condylomen, nässenden Papeln, sowie Stückchen der letzteren. Das *Resultat ist ein absolut negatives*, sodass S. die Martineau'schen Resultate stark in Zweifel zieht, zumal M. angiebt, dass er bereits 2 Wochen nach der Impfung Roseola auftreten sah und in einem anderen Versuche sagt, dass der papulöse Ausschlag früher auftrat als die Induration. P.

Sara E. Post: Jodoform bei Diabetes. (Archives of Medicine. Vol. XI № 2. April. New-York).

Nachdem 1880 von Moleschott über 5 derartig behandelte Fälle mit günstigem Erfolge berichtet, ist das Jodoform von verschiedenen Autoren bei Diabetes gegeben worden, meist mit gutem Erfolge, doch macht schon Drasche darauf aufmerksam, dass bei längerem Gebrauche unangenehme Nebenwirkungen auftreten. P. beschreibt 2 genau beobachtete Fälle. Bei einer 48-jährigen Frau wurde das Jodoform zuerst 16 Tage lang gegeben, darauf nach fast 2monatlicher Pause wiederum c. 1½ Monate lang. Bei einer 60jährigen Frau wurde es mit Pausen 3 Mal für längere Zeit verabreicht.

Verfasserin kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Jodoform in Dosen von 1—2 Grm. (in schleimigen Vehikeln) pro die hat sowohl den Zucker- wie Harnstoffgehalt des Urins vermindert, als auch das Körpergewicht erhöht.

2) In beiden Fällen traten jedoch allmälig toxische Erscheinungen auf, die in Anämie, Salivation, Durchfall, Aufregung, Zittern der Glieder, Chorea-artigen Bewegungen, Schlaflosigkeit und Paresen bestanden. Gleichzeitig nahm dann der Zuckergehalt wieder zu.

Diese Erfahrungen genügen wohl, um vor weiterer Verordnung des Jodoform bei Diabetes zu warnen. P.

Arth. König: Zur Kenntniss dichromatischer Farbensysteme.

A. König und C. Dieterici: Ueber die Empfindlichkeit des normalen Auges für Wellenlängen-Unterschiede des Lichtes.

(v. Graefe's Arch. f. Ophth. 1884, XXX, 2, pag. 155—170 u. 171—184.)

Diese beiden sich ergänzenden Arbeiten bilden einen hochinteressanten Beitrag zur Farbenphysiologie und sind besonders werthvoll durch die Sorgfalt, mit welcher die Versuche angestellt sind.

I. Die Roth-grünblinden, oder «*Roth-grünverwechseler*» nach König, unterscheiden bekanntlich im Spectrum nur *Gelb* und *Blau*. Die Grenze, wo diese beiden Farben zusammentreffen, ist durch einen mehr oder minder breiten farblosen Streifen (die *neutrale Linie* der Farbenblinden) charakterisirt.

Preyer hatte bereits nachgewiesen, dass die Lage dieser «neutralen Linie» im Spectrum abhängig sei von der Intensität des Spectrums.

König fand nun Folgendes:

1) Bei constanter Lichtstärke des Spectrums ergaben wiederholte Messungen der Wellenlänge des neutralen Punctes *bei demselben Individuum eine sehr geringe Abweichung* (zwischen ± 0,09 und ± 0,5 Millionstel Millimeter).

2) *Eine scharfe Trennung der Rothblinden und der Grünblinden ergiebt sich nicht, vielmehr das Gegentheil.*

3) Bei wachsenden Intensitäten des Spectrums rückt der neutrale Punct stetig nach dem blauen Ende. *Dieses Vorrücken geschieht bei geringeren Intensitäten ziemlich schnell, bei den grössten benutzten Intensitäten tritt aber fast völliger Stillstand ein.*

Als Vergleichsobject bei diesen Versuchen benutzte Verfasser, auf Vorschlag des Dr. E. Hagen, Papier, das einige Secunden über brennenden Magnesiumdraht gehalten worden und sich mit einer feinen gleichmässigen Schicht von Magnesiumoxyd bedeckt hatte. Dieses Weiss, das sich immer in derselben Beschaffenheit herstellen lässt, schlägt König als «*Normal-Weiss*» für alle physiologisch-optischen Versuche vor.

Die ausserordentliche Empfindlichkeit der Roth-grünverwechsler für Wellenlängen-Unterschiede in der Gegend des neutralen Punctes, liess es König und Dieterici erwünscht erscheinen, *die Empfindlichkeit des normalen Auges* für das ganze Spectrum zu messen.

Im Unterschiede von Mandelstamm, Dobrowolski und Peirce, welche die *Unterschiedsempfindlichkeit* gemessen hatten, bestimmten die Verfasser nach einer sinnreichen Methode den *mittleren Fehler der Einstellung auf Gleichheit* der beiden Farbenfelder. Hierbei ergab sich nun:

1) Die Unterschiede der Farbenempfindung im rothen Ende des Spectrums bis etwas über die Linie C hinaus *sind lediglich durch die vorhandenen Intensitätsunterschiede bedingt.*

2) Das Maximum der Empfindlichkeit für Wellenlängen-Unterschiede im *Gelben* liegt für beide Beobachter an *verschiedenen* Stellen.

3) Die beiden anderen Maxima (im *Blaugrünen* und am Uebergang von Indigo in Violett) liegen bei derselben Intensität für beide Beobachter an *derselben* Stelle;

4) *sie wandern aber* (wie der auch in der Gegend des Blaugrün liegende neutrale Punct der Roth-grünverwechseler) *mit steigender Intensität nach dem violetten Ende des Spectrums hin!* K—e.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Taschenbuch der feldärztlichen Improvisationstechnik von Dr. Julius Port, k. bayr. Oberstabsarzt. Vom internationalen Comité des Rothen Kreuzes gekrönte Preisschr. Mit 188 Holzschnitten. Stuttgart, Ferd. Enke. 1884. 304 p.

Obgleich wir im Allgemeinen ein Gegner aller Taschenbücher sind, die im Nothfalle Dasjenige ersetzen sollen, was der Feldarzt eigentlich im Kopfe haben soll, können wir nicht umhin, dem vorliegenden Büchlein unsere volle Anerkennung zu zollen. Dieses Buch hat den Preis in würdigster Weise verdient, denn in aller Kürze birgt es einen wahren Schatz guter Rathschläge, wie man mit geringen Mitteln Bedeutendes leisten kann. Der Begriff der feldärztlichen Technik ist dafür auch im weitesten Sinne gefasst. Es handelt sich nicht nur um Verbandimprovisationen (à la Esmarch's Spielerei mit dem bekannten illustrirten dreieckigen Tuch), sondern um die ganze Arbeit des Feldarztes.

Nach einer kurzen, klaren Einleitung über ärztliche Kriegsvorbereitung, die namentlich unseren Spitzen des Militärsanitätswesens sehr zu empfehlen ist, bespricht P. die Einrichtung des Verbandplatzes, darauf den Krankentransport und den Lazarethdienst, wobei eine Reihe fasslicher Abbildungen dem Text sehr zu Hülfe kommen.

Doch nicht nur für den Feldarzt ist das Buch sehr zu empfehlen (denn für's Erste werden ja keine Kriege mehr geführt), sondern namentlich möchten wir die Aufmerksamkeit unserer Collegen auf dem Lande darauf lenken, denen Port's Buch bald *ein lieber* Freund und Rathgeber werden wird, denn wie oft muss gerade der Landarzt Improvisationstechnik ausüben in den Hütten der Bauern, bei Mangel theurerer Apparate etc.

Wenn wir nun nach den Schattenseiten des Buches suchen, so sind wir in Verlegenheit, es sind eben keine bemerkenswerthen Fehler darin, es sei denn, dass wir uns die Desinfectionsfrage ausführlicher behandelt gewünscht hätten. Dass dem Sublimat noch nicht die ihm gebührende Stellung eingeräumt, erklärt sich dadurch, dass Vf. seine Arbeit vor der Herrschaft des Sublimates bereits geschlossen hatte und dieses Buch so drucken lassen musste, wie es von dem Verein des Rothen Kreuzes begutachtet worden. P.

Georg Herzfeld (Berlin): Taschenbuch für Vertrauensärzte. Verlag von Richard Wilhelmi. Berlin 1884. 92 Seiten. Preis 1,80 M.

Die stetige Ausbreitung der Idee der Lebensversicherung ruft immer wieder neue Erscheinungen auf dem Gebiete der einschlägigen Literatur hervor. Während das ausgezeichnete Handbuch Oldendorff's (welches bekanntlich auch von Moritz und Ugrjumow ins Russische übersetzt worden) ausführlich auf die Bedeutung der Lebensversicherung und die Sterblichkeitsstatistik eingeht, hat sich Vf. des vorliegenden Buches rein praktische Ziele gestellt, die ihm zu erreichen in vieler Beziehung gelungen. H. sieht ganz ab von theoretischem Raisonnement und geht direct auf's Ziel los. Er nimmt, so zu sagen, sofort die Untersuchung des zu Versichernden vor und erläutert kurz und praktisch, wie man dabei zu verfahren, auf welche Art man zu fragen und auf welche Puncte man sein besonderes Augenmerk zu richten hat.

Ferner giebt er eine Tabelle der Absterbeordnung und eine vergleichende Tabelle zwischen den Resultaten der Gothaer Bank und der deutschen Sterblichkeitstafel.

Neu ist das nun folgende alphabetische Verzeichniss der verschiedenen Krankheiten und Zustände tabellarisch mit 2 Colonnen versehen; die Eine enthält Bemerkungen über die Stellung der Krankheit zur Frage von der Lebensdauer, und die Andere giebt kurz an, ob dieselbe Ablehnung, Vorsicht, erhöhte Prämie bedingt, oder ob dieselbe ohne Bedeutung für die zu erwartende Lebensdauer ist. Uns scheint diese Tabelle äusserst praktisch für angehende «Vertrauensärzte», Agenten und Verwaltungsglieder der Lebensversicherungsgesellschaften, doch können wir nicht umhin, auf einige nicht unwesentliche Fehler hinzuweisen, welche bei einer zweiten Auflage, die wir dem Buche baldigst wünschen, leicht zu corrigiren wären. So z. B. proponirt Vf. nach Amputationen in Folge eines Unfalles «erhöhte Prämie», ganz abgesehen davon, welcher Körper-

theil abgesetzt worden; dagegen plaidirt er bei Resectionen, je nach Wichtigkeit des Gelenkes, gut geheilte Resectionen aufzunehmen und fügt nicht hinzu, wie wichtig die Ursache der Resection dabei ist (tuberculöse Synovitis). Ganz unverständlich ist es, warum Vf. bei «*Harnröhrenfistel*» Ablehnung verlangt. Dieses wäre doch nur bei Fisteln, die unoperabel oder in der Pars membranacea sitzen, gerechtfertigt. Die Fisteln der Pars pendula haben, selbst nicht operirt, keinen Einfluss auf die Lebensdauer. Ferner: «Epithel» im Harn — Ablehnung. Wir können uns aber keinen Harn denken, in dem sich nicht auch einige Epithelzellen der Harnröhrenschleimhaut fänden. Bei *Lähmungen ohne Unterschied der Ursache — Ablehnung*. Sollten sich nicht aber auch verschiedene periphere partielle Lähmungen finden, z. B. traumatischen Ursprunges, welche ganz irrelevant sind? Bezüglich des *Brustumfanges* sagt Vf., er dürfe nicht weniger als 80 Ctm. betragen, achtet dabei aber nicht auf das Verhältniss desselben zum Wuchse, wodurch manches Maass unter 80 doch noch ein vollkommen gutes sein kann. Nicht einverstanden sind wir auch damit, dass hämorrhoidale Darmblutungen «ohne Bedeutung» sind. Inconsequent ist, dass «*Exostosen*», wenn syphilitisch, Ablehnung bedingen (pag. 65), während pag. 68 Knochengummata nur 3jährige Zurückstellung bewirken sollen. Zu wenig Gewicht legt Vf. auf den Gelenkrheumatismus, der doch eine so wichtige Rolle in der Aetiologie der Herzfehler spielt. Wir sind näher auf diese Puncte eingegangen, weil wir die Idee einer solchen tabellarischen Uebersicht für ausserordentlich glücklich erachten, nur muss noch gesichtet und gesondert werden. — Zum Schluss giebt Vf. noch eine alphabetische Berufstabelle, wodurch man rasch ein Urtheil über den Einfluss des Berufes auf die Lebensdauer gewinnt.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, und sind wir überzeugt, dass es sich bald viele Freunde erwerben wird. P.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Corpulenz und ihre Heilung auf physiologischer Basis, von Dr. W. Ebstein. Uebersetzung der VI. Aufl. von Dr. N. Iwanow. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russisch).

— Die Geschichte der weiblichen Aerzte, von Dr. J. Einhorn. I. Theil: Im Alterthum. — Moskau, 1884. (Russisch).

— G. Nothnagel und M. Rossbach. Anhang zur IV. Aufl. des «Handbuch's der Pharmakologie». Zusammengestellt nach der V. deutsch. Aufl. von Dr. M. Hirschfeldt. — Ettinger, St. Petersburg, 1884. (Russ.).

— Ueber die Ursachen der Fettablagerung im thierischen Organismus, von Dr. Voit. Aus dem Deutschen übersetzt von Dr. N. Iwanow. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russisch).

— Die Schlammbäder von Ssaki, v. Dr. A. Schtscherbakow. — Moskau, 1884. (Russ.).

— Einige anatomische Termini, die Eigennamen enthalten, und ihre kurze anatomische Beschreibung (Tabellen). Zusammengestellt von A. K. Sch. — Jeletz, 1884. (Russ.).

— Prof. H. Zeissl: Grundlagen der Pathologie und Therapie der Syphilis und der mit ihr im Zusammenhang stehenden venerischen Krankheiten. II. Auflage. Bearbeitet von M. Zeissl, übersetzt von P. Schirjajew und W. Starokowski. — Moskau, 1885. (Russ.).

— Dem Rigaschen Stadtamt abgestatteter «Jahresbericht der Rigaschen Sanitätscommission für d. Jahr 1883». Riga. 1884.

— Maassregeln zur Einschränkung der Syphilis und venerischen Krankheiten in Städten und anderen grossen Verkehrscentren Unverheiratheter (Materialien zur Bearbeitung der Frage), von A. Aristow. — St. Petersburg, 1883.

— v. Ziemssen: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XIV. Bd.: Handbuch der Hautkrankheiten. II. Hälfte, mit 55 Abbildgg. — F. C. W. Vogel. Leipzig, 1884.

— Mittheilungen aus der ophthalmiatrischen Klinik in Tübingen, herausgegeben von Dr. A. Nagel. II. Bd. I. Heft. Mit 2 lithograph. Taf. und 5 Holzschn. — H. Laupp'sche Buchhandlung, Tübingen, 1884.

— Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge in den 3 ersten Lebensmonaten. Experimentell-klinische Untersuchungen von Dr. H. Schoppe. — Laupp'sche Buchhandlg., Tübingen, 1884.

— Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medicinischen und patholog.-anatom. Untersuchungen, von Dr. C. Friedländer. II. Aufl. Mit 1 Tafel in Chromolithographie. — Th. Fischer, Berlin, 1884.

— Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für prakt. Aerzte und Studirende, von Dr. H. Eichhorst. II. Bd. Heft 29—41 (Schluss). Mit zahlreichen Holzschnitten. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1884.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 7. November 1883.

Dr. Rauchfuss macht auf die Arbeit des Dr. Kassowitz in Wien über Ossification und Störungen derselben aufmerksam, und die Erfolge, die der Autor bei Rhachitis mit Anwendung des Phosphors gehabt hat. Der Phosphor wird so ordinirt, dass das Kind im ersten Lebensjahr einen Theelöffel, im zweiten einen Dessertlöffel ein Mal täglich erhält von einer Mischung von 0,01 in 100,0. Mandelöl, Ol. jecoris oder Oelemulsion. Dr. Rauchfuss hat diese Behandlungsweise im seinem Hospital installirt und fordert zu derselben auf, da die Resultate, die Kassowitz gehabt, enorm glücklich gewesen sind.

Dr. Rauchfuss berichtet über einen Fall von Myocarditis bei Diphtherie mit Ausgang in Genesung. Ein 10jähriges Mädchen erkrankte am 19. April mit diphtherischer Angina der rechten Tonsille und des Gaumenbogens, am 5. Tage waren die Erscheinungen regressiv und das Kind schien am 8. Tage bei gutem Allgemeinbefinden in voller Convalescenz zu sein, war aber leicht heiser, die laryngoskopische Untersuchung ergab am 9. Tage den beunruhigenden Befund eines fibrinösen Belages an der Vorderfläche des rechten Kehldeckelrandes und Hyperämie im Vestibulum. Im Laufe dieses Tages schwand aber der Epiglottisbelag, die Stimmbänder blieben intact; Heiserkeit bestand fort, in den Lungen waren verbreitete Rhonchi hörbar. Vom 11. Tage an machte sich Stenoseerscheinung geltend, Heiserkeit nahm zu, Aphonie. Untersuchung des Larynx ergab: dass der grösste Theil der Epiglottis mit gelblichem puriformen Beleg überzogen; gleichzeitig trat im Rachen neuer Schub diphtherischen Belages auf.

Am 13. Tage waren die Erscheinungen der Stenose besser, doch wurde schon vom Abend an drohende Asphyxie deutlich und daher wurde am 14. Tage die Tracheotomie ausgeführt. Diese wirkte und verlief äusserst günstig; es wurden fibrinöse Schläuche expectorirt, die Temperatur war normal, das Allgemeinbefinden gut, die Operationswunde heilte per primam. Am 10. Tage nach der Operation trat wieder Fieber auf, Temp. 39, dasselbe schwand am 4. Tage, und von da ab blieb die Patientin fieberfrei. Die Erklärung für diese letzte Fieberbewegung war in den Vorgängen am Herzen zu finden. Am 2. Tage wurde der Puls beschleunigt und unregelmässig, Erbrechen trat auf; Paralyse im Gebiet d. N. laryngeus superior, näselnde Sprache wiesen auf Complication hin. Am 3. Tage enorme Vergrösserung der percutorischen Herzdämpfung, das rechte Herz hatte die rechte Mamillarlinie fast erreicht, dabei bei schwachem Puls, Galloprythmus am Herzen, im 3. Intercostalraum beiderseits neben dem Sternum zitternder Herzimpuls sicht- und fühlbar, Cyanose, Kälte der Extremitäten. Bei forcirter Ernährung, Wein, Moschus, Galvanisation der Herzgegend, nahmen die Dimensionen des Herzens ab, so dass letzteres am 5. Tage schon normale Grenzen erreicht hatte. Langsam nahmen die Erscheinungen der Schwäche und Erregbarkeit des Herzens ab, noch nach 3 Wochen war die Pulsfrequenz 108—112. Gleichzeitig diphtherische Paralysen ausgedehnt nachzuweisen, wie Accomodationsstörungen, näselnde Sprache, Schlingbeschwerden. Die Canüle war am 19. Tage nach der Operation entfernt worden. Albuminurie trat während des ganzen Krankheitsverlaufes erst beim Nachweis der Herzaffection auf.

Dr. Amburger meint, ob nicht der bedrohliche Symptomencomplex vom Herzen lediglich durch excessive Herzdilatation bedingt gewesen sein könne. Dr. Rauchfuss erwidert, dass nach diesem Krankheitsbild, wenn, wie gewöhnlich der Tod eintrete, stets Degeneration des Myocards nachgewiesen worden sei.

Dr. Kernig erinnert sich zweier Fälle von allerdings circumscripter Myocarditis, die vollkommen fieberlos verliefen und mit plötzlichem Tode endeten. In dem einen Fall wurde der Herzmuskel circumscript eitrig infiltrirt gefunden, in dem anderen wurden myocarditische Herde, offenbar embolischen Ursprunges, aus den Coronararterien, gefunden. z. Z. Director Dr. Herrmann.

Secretär Dr. Amburger.

Protokolle des (allgemeinen) Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 8. Mai 1884.

1) Dr. Peters berichtet ausführlich über *einen Fall von Miliartuberculose* bei einem 8jährigen Mädchen. Die Krankheit begann mit Intercostalneuralgien, wie sich später bei der Section ergab, in Folge von Druck einer tuberculös degenerirten Lymphdrüse. Zum Schluss trat Miliartuberculose in den meisten Organen auf. (Die Mittheilung ist in № 39 und 40 dieser Wochenschrift veröffentlicht worden).

Dr. Kernig knüpft an den Vortrag die Frage, ob man durch rechtzeitige Exstirpation tuberculös degenerirter Lymphdrüsen allgemeine Tuberculose verhindern könne.

DDr. Schmitz, Masing und Anders weisen darauf hin, dass die Resection tuberculöser Gelenke das Auftreten der allgemeinen Tuberculose nicht verhindere.

2) Dr. Petersen demonstrirt 2 Präparate von *Darminvagin tion*. In beiden Fällen war es zu Darmperforation gekommen un

der Tod durch Peritonitis bewirkt. Das eine Präparat stammt von einem 21jährigen, das andere von einem 55jährigen Manne. Das eine der Präparate ist dadurch bemerkenswerth, dass die Perforation nicht oberhalb, sondern unterhalb des invaginirten Darmstückes erfolgt ist. Ref. weist zum Schluss darauf hin, dass in unseren grossen Stadthospitälern Invaginationen relativ selten zur Beobachtung kommen. Ueber ihr Vorkommen in unseren Kinderhospitälern fehlen in der Literatur nähere Nachrichten. Wie jedoch die Statistik Leichtenstern's zeigt, kommt bei Kindern die Invagination viel häufiger vor, wie bei Erwachsenen, führt jedoch sehr selten zu Perforation. (Die Mittheilung ist zum Druck bestimmt.)

3) Dr. Masing theilt, anknüpfend an die Mittheilungen Monastyrski's in der vorigen Sitzung, folgenden *Fall von Knieverletzung* mit: Am 4. April fiel ein Arbeiter aus einer Höhe von einigen Faden auf sein Beil und verletzte sich das rechte Knie. Er wurde sofort in's Marien-Magdalenenhospital gebracht. Nachdem die sehr starke Blutung einigermaassen gestillt, fand sich eine grosse, bis in das Kniegelenk gehende Wunde an der äusseren Seite des Kniees; ca. 1/3 des Condylus externus war vollständig abgehackt. Das Stück wurde entfernt und die Wunde mit Jodoformgaze ohne Wismuth tamponirt. Die angelegten Nähte nicht geknüpft. Der Verband wurde am folgenden Tage gewechselt, der Tampon jedoch nicht entfernt; dieses geschah erst nach 3mal 24 Stunden, leicht, ohne Blutung. Nach 2maligem Verbandwechsel war die Wunde per primam verheilt. Die Beweglichkeit im rechten Knie ist eine gute. Pat. geht im Thomas'schen Stiefel mit beweglichem Kniestück. Die Temperatur war nur ein Mal, am 2. Tage, auf 39,1° gestiegen.

4) Dr. Metzler berichtet über *einen Fall von eingeklemmtem Bruch* bei einem 18jährigen Patienten. Obgleich erst 6 Stunden seit der Einklemmung verflossen, sahen die Verhältnisse verzweifelt aus. Der Hodensack mannskopfgross, sehr hart, gespannt. Nach einem Clysma und einer warmen Wanne gelang innerhalb ½ Stunde die Taxis ganz leicht.

Dr. Wulff hält diejenigen Fälle, wo die Hernien gross sind und viel Gas enthalten, für die günstigsten, denn 1) kann durch Abkühlen mittelst Eis das Volumen der Gase vermindert werden, und 2) lässt sich leichter eine Einwicklung vermittelst einer Gummibinde machen. W. räth zur stetigen Anwendung des äusseren Bruchschnittes, bevor man den Bruchsack eröffnet. Ferner macht W. darauf aufmerksam, dass alte Hernien oft durch eingeklemmte Netzknollen complicirt sind, die bei der Taxis vorausgehen, die Bruchpforte verlegen und dann die Taxis sehr erschweren.

Dr. Peters weist auf die Wirkung der Elektricität bei Hernien hin. Mehrfach gelang ihm die Taxis leicht, nachdem durch den faradischen Strom das Gas aus der Hernie zurückbefördert worden.

Dr. Selenkow macht auf ein anderes Mittel aufmerksam, wodurch es ihm ein Mal möglich gewesen, eine Hernie zu redressiren. Er wurde auf's Land zu einem Pat. geholt und fand unerwarteter Weise einen Bruch vor, der bereits seit 24 Stunden eingeklemmt war. Instrumente konnte S. nicht erlangen. Auch die tiefe Chloroformnarkose brachte nicht zum Ziel. Da suchte S. mit der Kuppe des Zeigefingers möglichst tief einzudringen, es gelang ihm den einschnürenden Ring zu erreichen, und nach einigen energischen Bewegungen fühlte er ein leichtes Knacken. Bei dem darauf folgenden Repositionsversuch schlüpfte die Hernie leicht zurück. Natürlicher Weise wird diese Methode nur ausnahmsweise gelingen.

Dr. Assmuth hat im Obuchow-Hospitale eine grosse Anzahl eingeklemmter Hernien beobachtet und es ist ihm manche Differenz im Auftreten bei Männern oder Weibern aufgefallen. Bei Weibern kommen viel häufiger Cruralhernien vor, merkwürdig häufig findet man dabei Verwachsungen und das Vorhandensein von Netz im Bruchsacke. 3 seiner Fälle theilt er ausführlicher mit.

1. Bei einem Manne gelang die Reposition, nachdem die Hernie bereits *7 Tage* eingeklemmt war, ohne schlimme Folgen.

2. Ein Weib starb ca. 4 Tage nach einer Herniotomie. Der versenkte Darm hatte noch recht gut ausgesehen. Bei der Section erwies es sich jedoch, dass ein circumscriptes Stück brandig geworden war.

3. Dagegen wurde bei einem Weibe, bei dem die Einklemmung 24 Stunden bestanden, der Darm versenkt, obgleich er intensiv bläulich gefärbt und bereits matte Stellen zeigte. Die Genesung erfolgte afebril unter nur einem Verbande. A. näht stets die Wunde zu und legt kein Drain ein. Auch schliesst er an jede Herniotomie die Radicaloperation. Die wichtige Frage, wann soll man den Darm versenken, wann soll man reseciren oder einen künstlichen Anus anlegen, berührend, spricht Assmuth sich dahin aus, dass wir dafür noch keine Regeln haben, es sei das mehr eine Frage des ärztlichen Tactes. Die Dauer der Einklemmung lässt sich jedenfalls dabei nicht zur Richtschnur nehmen. Der weibliche Darm scheint im Allgemeinen weniger zu vertragen als der männliche.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Die *Feier des 100-jährigen Jubiläums des Obuchow-Hospitals* wird wahrscheinlich am 24. November d. J. stattfinden.

— Beim Medicinal-Departement des Ministeriums des Innern ist eine *Commission zur Revision des Ustaws der Medicinal-Polizei* unter dem Vorsitz des Geheimraths Kitizyn niedergesetzt worden. Glieder der Commission sind: J. Andrejewski, A. Batalin, J. Bertenson, N. Bubnow, A. Dobroslawin, E. Eichwald, J. Gortschakow, M. Kostrow, W. Kudrin, J. Kussow, W. Lichatschew, N. Mamonow, N. Rosow, J. Turtschaninow und A. Wolkow. (Mediz. Nowosti.)

— Wie der «Wratsch» erfährt, bildet sich hier eine neue «*Gesellschaft für Militär-Sanitätswesen*», die aus Repräsentanten aller Specialitäten des Militärwesens bestehen wird. Die Statuten der Gesellschaft sind von den im Militär-Sanitätswesen erfahrenen Doctoren Köcher und H. Herzenstein entworfen.

— In Lübeck ist am 10. October c. Dr. Avé-Lallemant im Alter von 73 Jahren gestorben. Avé-Lallemant liess sich nach Absolvirung seiner Studien in Rio de Janeiro als Arzt nieder und wurde vom Kaiser von Brasilien in Anbetracht seiner ärztlichen Tüchtigkeit zum Director des Gelbfieber-Hospitals ernannt. 1855 kehrte Avé-Lallemant nach Deutschland zurück und wurde auf Empfehlung Alexander v. Humboldt's, mit dem er Freundschaft geschlossen hatte, zum Mitglied der österreichischen «Novara»-Expedition ernannt, von welcher er sich jedoch bald trennte. Nachdem er hierauf ganz Brasilien bereist hatte, liess er sich 1859 als Arzt in Lübeck nieder. 10 Jahre darauf wohnte er der Einweihungsfeier des Suezcanals bei und reiste bei der Gelegenheit den Nil hinauf bis Nubien. Avé-Lallemant beschäftigte sich eifrig mit Schriftstellerei und hat neben seinen medicinischen Arbeiten auch viele belletristische Arbeiten, sowie die Beschreibungen seiner grossen und vielen Reisen geliefert. Zu der 1872 von Bruhns herausgegebenen Biographie Alexander v. Humboldt's lieferte Avé-Lallemant den Abschnitt: «Humboldt's Aufenthalt in Paris».

— *Verstorben*: 1) Dr. Beck, Arzt an den Kaiserlichen Theatern in Moskau; 2) in Budapest Dr. Bokai, Professor der Kinderheilkunde an der dortigen Universität und Director des «Stephanie-Kinderhospitals» daselbst, im Alter von 62 Jahren; 3) der französische Arzt Cazalas, welcher während des Krimkrieges als Chefarzt des Expeditionscorps in der Dobrudscha fungirte, das von der Cholera arg mitgenommen wurde.

— Der Stadtverordnete Jakimow, welcher seit der Uebergabe der Hospitäler an die Stadtverwaltung als Curator des städtischen Alexanderhospital fungirte, ist am Flecktyphus gestorben, den er sich im Hospital zugezogen hat.

— Von der Conferenz der militär-medicinischen Akademie ist der Professor-Adjunct Dr. Tschudnowski (Therapeut) zum ausserordentlichen Professor und Dr. Jastrebow, von dem wir vor Kurzem meldeten, dass er zum Professor in Warschau designirt sei, einstimmig zum Privatdocenten für Gynäkologie und Geburtshülfe an der Akademie gewählt worden.

— Auf Anordnung des Kriegsministers ist bei der militär-medicinischen Academie eine Commission, bestehend aus dem Chef der Akademie Dr. Bykow und den Professoren Borodin, Botkin, Dobroslawin, Paschutin und Ssokolow, niedergesetzt worden, welche über die Frage, wie die Statuten der Academie mit den Statuten der Universitäten in Einklang zu bringen seien, berathen soll. (Wr.)

— Der Privatdocent an der militär-medicinischen Academie Dr. Ssikorski hat von der Universität Kijew einen Ruf zur Uebernahme des Lehrstuhls der Psychiatrie erhalten.

— Der Leibarzt des Fürsten Bismark, Dr. Schweninger, den der Cultusminister, wie der Rector auf der Jahresversammlung der Berliner Universität mittheilte, sich veranlasst gesehen hat, zur medicinischen Facultät als ausserordentlichen Professor zu berufen, ist nun durch Erlass der Ministers definitiv mit der Leitung der Klinik für Hautkrankheiten in der Charité betraut worden.

— Der medicinischen Facultät der Berliner Universität ist eine grosse Schenkung zu Theil geworden. Die in Cassel verstorbene Gräfin Bose hat ihr nämlich über 700,000 Mark zu Stipendien für unbemittelte Studirende der Medicin testamentarisch vermacht.

— Die *Choleraepidemie* im Süden *Frankreichs* ist dem Erlöschen nahe. Dagegen wird aus dem Norden von Frankreich, aus Rouen, gemeldet, dass in dem nahegelenen Orte Yport mehrere Todesfälle an der Cholera vorgekommen seien. Ebenso sollen in Nantes viele choleraartige Fälle vorgekommen sein. In *Italien* nimmt die Epidemie stetig ab. Vom 6.—13. October zählte man in ganz Italien 1,225 Neuerkrankungen und 702 Todesfälle, von denen auf die Stadt Neapel 495 Erkrankungsfälle und 277 Todesfälle kamen. In *Neapel* ist, wie Dr. A. Kurz mittheilt, ein baldiges Erlöschen der Choleraepidemie zu erwarten. Vom Ausbruch der Cholera in dieser Stadt (2. August c.) bis zum 4. October erlagen der Seuche 6,300 Personen, die grösste Anzahl am 9. September — nämlich 549 Personen. Die *Gesammtzahl* der in Italien vom Ausbruche der Seuche bis zum 20. October vorgekommenen Erkrankungen beläuft sich auf 21,519, von denen 11,563 d. h. über 53% starben. Heimgesucht wurden von der Cholera 772 Gemeinden in 44 Provinzen.

— Das *Reichsgericht* in Berlin hat neuerdings eine bemerkenswerthe Entscheidung in Bezug auf die Frage, *unter welchen Umständen eine falsche ärztliche Behandlung*, welche den Tod des Kranken zur Folge hat, *als fahrlässige Tödtung* zu bestrafen sei, gefällt: Dem Arbeiter H. war durch einen Messerstich in die Brust eine sich bis in die Lunge erstreckende Wunde beigebracht worden. Der Verwundete wurde von Dr. N. behandelt, welcher unter Nichtbeachtung des *antiseptischen Verfahrens* nach der alten Methode die Wunde zu heilen versuchte, was zur Folge hatte, dass H. nach 25 Tagen an septischer Blutzersetzung starb. Dr. N. wurde wegen

fahrlässiger Tödtung angeklagt und von der Strafkammer *verurtheilt*, indem dieselbe der Ansicht war, dass *ein praktischer Arzt sich soweit auf der Höhe der Wissenschaft erhalten müsse, dass er von den in der modernen medicinischen Wissenschaft anerkannten Regeln der Heilkunde genaue Kenntniss erlange und solche beobachte*, und dass im vorliegenden Falle Dr. N. als praktischer Arzt bei gewöhnlicher Aufmerksamkeit habe erkennen müssen, dass das von ihm beobachtete Verfahren den Tod des H. zur Folge haben könne. Dr. N. meldete wider solches Urtheil die Revision an, und machte unter Anderem geltend, dass er die von ihm erlernte und in langjähriger Praxis erprobte Heilmethode angewandt, während die Antiseptik sich noch im Stadium der Experimente befinde. Das Reichsgericht erachtete aber diesen Einwand nicht für stichhaltig und *verwarf die Revision*, indem es begründend ausführte: «Die Entscheidung darüber, ob das von dem Angeklagten angewendete Heilverfahren ein fehlerhaftes war, ob er insbesondere durch die Unterlassung der Anwendung der Antiseptik die ihm als Arzt nach den concreten Umständen obliegenden Pflichten verletzt hat, fällt in das Gebiet der der Revision nicht zugänglichen thatsächlichen Beurtheilung.»

Vacanzen.

Im *Militär-Medicinal-Ressort*:

I. *Oberarzt* im Orenburgschen Militär-Hospital (Kasanscher Bezirk).

II. *Aeltere Aerzte*: 1) im Wilnaschen Bezirk im 61. Wladimirschen Inf.-Reg. (Bjelostok); 2) im Kaukasischen Bezirk in der Alexandropolschen-Festungs-Artillerie und 3) Bezirks-Arzt im Gunibschen Kreise des Dagestan-Gebietes.

III. *Jüngere Aerzte*: *Im Wilnaschen Bezirk*: 1) im 6. Pawlogradschen Leib-Drag.-Reg. S. M. — zwei (Suwalki); 2) im 105. Orenburgschen Inf.-Reg. (Wilna); 3) im 14. Reserve-Cadre-Bataillon (Dünaburg) und 4) im Bobruiskischen Mil.-Hospital. *Im Warschauer Bezirk*: 5) im 13. Bjeloserskischen Inf.-Reg. (Nowo-Minsk); 6) im 25. Smolenskischen Inf.-Reg. (Koselizy); 7) im 14. Olonezschen Inf.-Reg. (Lomsha); 8) im 67. Tarutinoschen Inf.-Reg. (Brest-Litowsk); 9) im 71. Bjelewschen Inf.-Reg. (Krasnostaw) und 10) im 35. Inf.-Reserve-Cadre-Bat. (Iwangorod). *Im Kijewschen Bezirk*: 11) im 128. Stawropolschen Inf.-Reg. (Saslaw) und 12) im 122. Kurskschen Inf.-Reg. (Shitomir). *Im Charkowschen Bezirk*: 13) im 19. Kostromaschen Inf.-Reg. (Gluchow) und 14) im 27. Kijewschen Dragoner-Reg. (Priluki). *Im Kasanschen Bezirk*: 15) in der 6. Batterie der reitenden Artillerie-Brigade des Orenburgschen Kosakenheeres (Troizk). *Im Amur-Bezirk*: 16) im Heereshospital des Transbaikalischen Kosakenheeres in Akschin. *Im Kaukasischen Bezirk*: 17) im 2. Kaukasischen Schützen-Bataill. (Tiflis); 18) in der Verwaltung der Kars-Alexandropolschen Festungs-Artillerie; 19) im Tiflisschen Mil.-Hosp. und 20) im Wladikawkasschen Mil-Hosp. (Mediz. Nowosti).

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 14. October 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2302	1596	3898
Kinderhospitäler	130	163	293
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	152	65	217
Scharlach	8	21	29
Pocken	11	8	19
Venerische Krankheiten	375	364	749

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 7. — 13. October 1884 besucht von 2105 Kranken, darunter zum ersten Mal von 894.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 14. bis 20. Oct. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
235	173	408	68	27	53	8	10	12	50	48	36	42	32	18	4	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 0, Diphtherie 19, Croup 4, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 28, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung der Athmungsorgane 37, Lungenschwindsucht 83, andere Krankheiten der Brusthöhle 9, Gastro-intestinal-Krankheiten 48, andere Krankheiten der Bauchhöhle 21, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 22, Marasmus senilis 14, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	28 Sept.—4 Oct.	190 115	91	7	24,9	7,7	42,4
Kopenhagen	30 Sept.—7 Oct.	267 000	124	13	24,1	10,4	38,5
Berlin	5—11 Oct.	1 225 065	608	109	25,8	18,0	32,8
Wien	5—11 Oct.	759 849	316	14	21,6	4,4	35,2
Brüssel	28 Sept.—4 Oct.	171 293	65	3	19,7	4,6	30,6
Paris	3—9 Oct.	2 239 928	852	75	20,8	8,8	27,3
London	5—11 Oct.	4 019 361	1344	125	17,5	9,3	29,8
St. Petersburg	**12—18 Oct.**	**928 016**	**394**	**38**	**29,0**	**9,6**	**31,4**

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 30. October c. Tagesordnung: 1) Monastyrski: Ueber das Verhalten des Rotzpilzes im menschlichen Organismus mit Demonstration von Präparaten. 2) Kernig: Ueber einen Fall von chronischem Malleus.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. November c.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 1. November a. c. Auf der Tagesordnung steht die Neuwahl des Vorstandes.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 26 Октября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 44. **St. Petersburg, 3. (15.) November** **1884.**

Casuistische Mittheilungen

von
Dr. G. Tiling,
Ordinator am Alexander-Hospital.

I. Stichverletzung der Arteria mammaria interna Ligatur. — Heilung.

Es sind zur Stillung der Blutung aus der verletzten Arteria mammaria interna vielfache Vorschläge gemacht worden, aber nur 38 Fälle von Verletzungen derselben sind in der Literatur enthalten und nur 3 Mal ist primär die Ligatur des Gefässes gemacht worden, 2 Mal von Prof. Bergmann in Dorpat und 1 Mal von Dr. Vosz in Riga, dessen Schrift diese wie die folgenden Zahlen entstammen (Die Verletzungen der Art. mammaria interna. Dissertation von Friedrich Vosz. Dorpat 1884). 1 Mal ist der Ligatur Heilung gefolgt (Vosz) und auch hier nach monatelangen Leiden durch Pleuritis purulenta.

Ueberhaupt ist die Sterblichkeit nach Verletzung der Art. mamm. int. bisher eine enorm hohe gewesen, 26 von 38 (68.43%), doch dürfte es kaum erlaubt sein, daraus einen Schluss auf die Gefährlichkeit der Verletzung der Art. mamm. int. selbst zu ziehen, denn einerseits ist die Zahl der Fälle klein, andererseits ist der Tod in vielen, wenn nicht in den meisten Fällen weniger der Gefässverletzung als den dieselbe complicirenden Nebenverletzungen zuzuschreiben, die an und für sich das Leben im höchsten Grade gefährden (als: Eröffnung der Pleurahöhle, des Pericardium, des Mediastinum anticum, Verletzung der Lunge). Aus den genannten Gründen legt auch Vosz wenig Gewicht auf die citirte Procentzahl. In 35 ohne primäre Ligatur behandelten Fällen ist 15 Mal Nachblutung eingetreten, ein deutlicher Beweis, dass bei vermutheter Verletzung der Art. mamm. int. das Zuwarten eine Sünde ist. Doch bedarf es übrigens heutzutage kaum eines solchen Beweises mehr um den Chirurgen bei vermutheter Verletzung von Arterien derartiger Dignität zu energischem Vorgehen, zu dem Versuch der Ligatur in loco laesionis, zu bewegen.

Bis zu dem Erscheinen der Arbeit von Vosz waren nur 34 Mammariaverletzungen gemeldet; dieselbe enthält 4 neue Fälle, 2 von Bergmann und 2 von ihm beobachtete, in welchen die einzigen drei primären Ligaturen geübt wurden; nur von Vosz sind beide Enden des verletzten Gefässes unterbunden werden, in Bergmann's Fällen ist nur das centrale Ende ligirt. Es sei hier ein vierter Fall von Verletzung der Art. mamm. int. mit primärer Ligatur des Gefässes mitgetheilt.

Am 11. April d. J. 7 Uhr Abends wurde zwei Stunden nach der Verletzung Wassili Mileschkin 19 J. alt (№ 1394) in das Alexander-Hospital aufgenommen, welcher in einem Streit einen Messerstich in den 4. rechten Intercostalraum erhalten hatte. Bei der Aufnahme soll Pat. sehr blass, leicht cyanotisch, kühl gewesen sein, Athmung schnell und flach, Puls klein und schnell, kurz Pat. soll sich im höchsten Collaps befunden haben. Blutung bestand nicht, auf dem Rücken hinten Dämpfung c. bis zum Angulus scapulae. Es war die Wunde durch zwei Suturen geschlossen und Analeptica verordnet worden.

Als ich Pat. am 12. Apr. Morgens sah, war der Collaps ziemlich geschwunden, Puls noch sehr schnell und verhältnissmässig klein für den jungen, kräftigen Mann, der Körper aber warm, Blässe nicht sehr gross, Athmung noch schnell und flach. Im IV. Intercostalraum rechts eine c. 2 Centim. lange, schräggestellte, vernähte Wunde, deren inneres oberes Ende das Sternum erreicht, wo die IV. Rippe an dasselbe inserirt. Um die Wunde herum war in einer Fläche von Handtellergrösse tympanitischer Schall, in der Axillargegend wurde er gedämpft und ging auf dem Rücken in ganz leeren über. Hier reichte die Dämpfung bis nach oben, die Athmung war hier theils sehr schwach, theils garnicht zu hören, in der Axillargegend unten Bronchialathmen. Der Herzstoss war zwei Fingerbreiten nach aussen von der Mamille. Da Bluthusten garnicht vorhanden gewesen sein sollte, und da seit dem Abend der Hämatothorax bedeutend zugenommen hatte, also die Blutung nicht ganz gestanden haben konnte und die Lage der Wunde kaum eine Schonung der Art. mammar. int. hoffen liess, entschloss ich mich zur Ligatur der Letzteren.

Es wurde ohne Narcose operirt, weil der Puls noch schwach und die Athmungsfläche ja stark reducirt war.

Im IV. Intercostalraum wurde ein 10 Cent. langer Horizontalschnitt gemacht und da der Raum in der Tiefe beengt

wurde, der IV. Rippenknorpel subperichondral resecirt, auch hiernach blieb der Raum noch recht eng. Das Sternum zeigte sich vom Messer gestreift. In der Tiefe fand sich ein weisser, perpendiculär verlaufender Strang, der nicht blutete und fast ganz durchtrennt war, nur einige Fäserchen verbanden noch die Stümpfe. Es wurden beide Enden mit Torsionspincetten gefasst, die periphere fiel ab, es folgte aber keine Blutung. Der periphere Stumpf zog sich hinter die V. Rippe zurück und konnte von der vorhandenen Wunde nicht mehr erreicht werden. Da keine Blutung folgte und das Ende ja durch die Pincette geklemmt gewesen war, wurde auf die Ligatur verzichtet. Das centrale Ende wurde ligirt, ebenso der Gewebsstrang, welcher die Art. intercostalis IV enthalten musste.

Die Wunde in der Pleura war deutlich sichtbar, nachdem, um Irrthümer zu vermeiden, dieselbe in horizontaler Ausdehnung von c. 1¹/₂ Zoll freigelegt worden. Die Pleurawunde war c. 1 Cent. lang und durch eine Lungenhernie so vollständig obturirt, dass während der Operation kein Mal Luft ein- oder ausstrich. Die Hernie war kleinnussgross und wurde natürlich nicht gerührt, um die günstige Obturation nicht aufzuheben. Die Wunde wurde nicht genäht, weil bei etwaiger Blutung aus dem peripheren Ende oder bei Eintritt einer Pleuritis purulenta ein offener Zugang nöthig werden konnte.

Der Heilungsverlauf war ein durchweg befriedigender. Die Pulsfrequenz blieb natürlich noch lange eine gesteigerte, ebenso die Athmungsfrequenz. Schon sehr bald war aber tiefes Inspirium schmerzlos möglich (vom 6. Tage an). Die Temperatur stieg Anfangs nicht bedeutend, den 14. IV Abends auf 39.3, fiel bald und blieb bis zum Juni niedrig, Abends meist um 38° schwankend, dabei fühlte sich Pat. aber subjectiv wohl, hatte Appetit und keinen Durst. Die Resorption der grossen Blutmassen im Thorax hielt wohl die Temperatur erhöht.

Der Hämatothorax nahm nur langsam ab, das Herz blieb noch lange verlagert. Bei der Entlassung am 27. Juni war das Herz an normaler Stelle, d. h. der Spitzenstoss im V. Intercostalraum, ein wenig nach aussen von der Mamill. Am Thorax zeigten vorne beide Seiten percutorisch und auscultatorisch keine Differenz, hinten hatte die rechte immer noch etwas gedämpfteren Schall und unten dumpfen. Ebenso war das Vesiculärathmen rechts schwächer hörbar, unten bestand ein ziemlich starker Unterschied, die Wunde war verheilt.

Dr. Vosz räth bei namhafterem Hämatothorax praeventiv die Thoracotomie zu machen. Dieser Rath scheint mir durchaus nicht befolgenswerth, weil man selten sicher wissen kann, ob und wie stark die Lunge lädirt ist, Blutungen aus Gefässen mittleren Calibers durch intrathoracischen Druck gestillt werden könnten, vollständige Entfernung der Blutmassen (Coagula) technisch nicht denkbar ist, endlich, wie im berichteten Fall, zuweilen die Natur für Abschluss der Höhle sorgt und dabei Resorption auch bedeutender Flüssigkeitsmassen möglich ist. Jedenfalls würde ich mich auch in etwaigen zukünftigen Fällen nicht verleiten lassen, derartig gegebenen Verschluss ohne sehr dringende Indication aufzugeben im Vertrauen auf einige mehr oder weniger zuverlässig präparirte Verbandstücke.

II. Penetrirende Stichverletzung der hinteren Magenwand — Naht — Heilung.

Während meiner Dejour wurde in der Nacht vom 1. auf den 2. Sept. ein Pat. Wassili Schtschegolow, 19 Jahre alt (№ 3,876) ins Alexander-Hospital gebracht, der vor c. 1. Stunde einen Messerstich in den Leib erhalten. Der Pat. 19 Jahre alt, kräftig und gesund gebaut, hatte unmittelbar nach der Abendmahlzeit Lärm auf der Strasse gehört und war mit einem Kameraden hinausgeeilt, um zu sehen was es gebe. Der Kamerad erhielt einen Messerstich in die Lebergegend, der nicht tief eingedrungen war, der zu besprechende Pat. einen Stich in's Abdomen. Nach Abnahme des Nothverbandes fand ich eine quere, c. 2 Cent. lange Wunde links neben der Linea alba (c. 3 Cent. von ihr entfernt) drei Fingerbreiten über dem Nabel. Aus der Wunde hing ein Stück Netz von wohl 2¹/₂ Zoll Länge. Pat. war blass und aufgeregt. Da die Kleider des Pat., sowie der Nothverband durchaus nicht für rein zu estimiren waren, nähte ich das Netz in die Wunde ein, trug den prolabirten Theil ab und ligirte die spritzenden Gefässe. Als ich mit dieser Arbeit fast fertig war, erbrach Pat. grosse Massen Speisebrei von rother Farbe. Auf Befragen sagte Pat., er habe zu Abend Milchgrütze gegessen. Unmittelbar darauf erbrach er gegen 1 Pfund reines Blut, gleich darnach noch eine kleine Menge. Es war also klar, dass der Magen selbst auch durchstochen war und die einzige Hülfe in der sofortigen Laparotomie und Vernähung der Magenwunde bestehen konnte. Als Pat. auf dem Operationstisch lag, erbrach er noch einmal wohl ein Pfund Blut und mehr. Während der Operation (unter Narcose) warf er noch kleinere Mengen aus.

Ich öffnete das Abdomen durch einen 12 Cent. langen Schnitt in der Linea alba. Nach Durchtrennung des Peritonäum sprudelten grosse Massen Blut aus dem Abdomen entgegen, Speisereste konnte ich nicht bemerken. Zu meinem grossen Erstaunen konnte ich auf der Vorderfläche des Magens keine Wunde finden. In der Nähe des Pylorus bestand an der grossen Curvatur ein bohnengroses subseröses Haematom, aber auch bei genauester Betrachtung liess sich keine Discontinuität der Serosa finden. Ich suchte also weiter, Pat. hatte ja kurz vor der Verletzung gegessen. Es fand sich weit nach links im Lig. gastro-colicum eine klaffende schräg gestellte Wunde, aus deren Rändern es unbedeutend blutete. Die blutenden Puncte wurden ligirt und da die Wunde zum Durchlassen des Fingers zu klein war, wurde zwischen Torsionspincetten die Wunde bis auf die Grösse von c. 2¹/₂ Cent. erweitert. Nun ging ich mit dem Finger in die Bursa omentalis und betastete die Rückwand des Magens. Wirklich fühlte ich auf der glatten *Rückwand* des Magens eine kleine Unebenheit. Ich liess also die Rückseite des Magens vor der Oeffnung im Lig. gastro-colicum Revue passsiren und drängte die gefühlte Unebenheit vor. In der That war diese Unebenheit durch die Wunde im Magen und einen lippenförmigen Vorfall von Magenschleimhaut gebildet. Die Wunde im Magen war c. 1 Cent. lang und lag c. 1¹/₂ Zoll über der Curvatura major.

Die Mucosa wurde reponirt, Muscularis mit Muscularis durch drei Seidennähte vereinigt und dann vier Lembert-sche Nähte durch die Serosa angelegt.

Es war noch viel Blut im Abdomen, ein grosser Theil wurde durch grosse Wattebäusche aufgesogen, die ich einführte. Da diese Evacuirung des Blutes aber nur unvollständig sein konnte, wollte ich eben an die Erweiterung des Bauchschnittes gehen, als mir gemeldet wurde, der Puls sei bedrohlich klein geworden. Unter solchen Umständen hätte weiteres Operiren vielleicht zum Tode während der Operation geführt, ich begnügte mich also damit, den Pat. auf das Gesicht kehren zu lassen, während ich mit eingeführter, flacher Hand und gespreitzten Fingern Därme und Netz von der vorderen Bauchwand abdrängte, so möglichst das angesammelte Blut ausfliessen zu lassen. Eine exacte Toilette der Bursa omentalis war ja ohnedies nicht denkbar, da nach den Erfahrungen von Lauenstein, Madelung, Rydygier Durchtrennungen des Lig. gastro-colicum, resp. des damit verklebten Mesocolon die Existenz des Colon auf das höchste gefährden d. h. leicht zur Gangraena coli führen. Die Bauchwandwunde wurde durch drei Reihen Seidennähte geschlossen. Die Temperatur war Abends drei Wochen hindurch meist um einige Zehntel über die Norm erhöht, bis 38,5 gestiegen, um dann normal zu werden. Der Puls blieb c. zwei Wochen beschleunigt, Pat. war durch den Blutverlust sehr blass geworden und erhielt die ersten zwei Tage gar keine Nahrung, dann zwei Tage nur eine Flasche Milch mit etwas Xeres per Clysma, erst am 5. Sept. wurde zweistündlich ein Löffel Milch per os erlaubt, obgleich Pat. über

grossen Hunger klagte. Der Leib war stets weich und unempfindlich. Am 12. Sept. wurden die Nähte entfernt am 14. stand Pat. auf. Auffallend war, dass Pat. Narcotica garnicht vertrug; sobald in den ersten Tagen Opium oder Morph. (subcutan) gegeben wurde, erbrach er, so dass am 3. Sept. alle Narcotica ausgesetzt werden mussten. Die Resorption der gewiss nicht kleinen Masse Blut in der Bursa omentalis, sowie im vorderen Abdominalraum influirte merkwürdig wenig auf die Temperatur. Nach dem Verlauf zu urtheilen, müssen Speisereste nicht in die Bauchhöhle gelangt sein, wahrscheinlich erfolgte der Prolaps der Schleimhaut erst nachdem der Magen allen Speisebrei ausgeworfen hatte. Am 2. Oct. wurde Pat. mit gutem Appetit und leidlich restaurirtem Kräftezustand entlassen. Ich habe später Pat. noch gesehen, er hatte über keinerlei Beschwerden zu klagen.

Grosses Interesse beansprucht der referirte Fall schon, weil er ebenso klar wie ein Experiment beweist, dass die allgemein herrschende Meinung, der Magen drehe sich bei der Füllung um seine Längsachse und sehe in gefülltem Zustande mit der grossen Curvatur nach vorn, offenbar richtig ist. Anders liesse sich nicht erklären, wie ein Stich mit einem Messer die Rückwand des Magens 1 1/2 Zoll über der Curvatura major durchbohren sollte, ohne die Vorderwand zu verletzen: es muss eben die Gegend der grossen Curvatur breit der vorderen Bauchwand angelegen haben. Ich darf also aussprechen, dass durch diesen Fall die Behauptung von Prof. Leshaft: «In Folge seiner Verbindungen mit den umliegenden Theilen kann der Magen, wenn er ausgedehnt wird, mit keinem seiner Theile (wie z. B. der grossen Curvatur) seine Lage ändern, sondern muss sich einfach ausdehnen je nach der Masse des Inhalts» (übersetzt aus P. Tillaux: Руководство къ топографической Анатоміи. Переводъ Д-ра Таубера. (О положеніи желудка и объ отношеніяхъ его формъ къ отправленію. Труды общества русск. врачей въ Петербургѣ. XLVIII 1881. pag. 555—577)) hinfällig wird.

Gegen die Aufrichtung des Magens soll schon Betz sich ausgesprochen haben (Vierteljahrsch. f. d. prakt. Heilkunde. Trag. № 33, III. 1. pag. 106—112.).

Referate.

C. Rank (Stuttgart): Ueber den therapeutischen Werth des Antipyrin. (Deutsche Med. Wochenschr. № 24, 1884.)

Ferdinand May (Köln): Antipyrin, das neueste Antipyreticum. (Deutsche Med. Wochenschrift №№ 24, 25 u. 26, 1884.)

Paul Guttmann (Berlin): Ueber Antipyrin. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 14. Juli 1884. (Deutsche Med. Wochenschr. № 31, 1884.)

Das Antipyrin ist von Dr. Ludwig Knorr in Erlangen synthetisch dargestellt worden aus Anilin und Essigäther und ist ein im Pyridinkern oxydirtes Chinolinderivat. Filehne hat zuerst zahlreiche Versuche an Thieren und später auch an Menschen gemacht und einer eingehenden klinischen Prüfung anempfohlen. C. Rank stellte Versuche an und hat am Schlusse seiner Abhandlung folgende mit den Erfahrungen von Filehne und Guttmann durchaus übereinstimmende Sätze aufgestellt:

1) Das Antipyrin ist bei allen fieberhaften Krankheiten, in erster Linie bei Pneumonia, Pleuritis, Typhus, acutem Gelenkrheumatismus, Erysipel, Tuberculosis ein sicher und prompt wirkendes Antipyreticum ohne nennenswerthe üble Neben- und Nachwirkungen.

2) Bei subcutaner Anwendung bewirkt das Antipyrin ein stärkeres und rascher eintretendes Sinken der Temperatur, als beim innerlichen Gebrauch.

3) Zur Temperaturherabsetzung sind hypodermatisch kleinere und seltenere Dosen — für gewöhnlich genügt eine einmalige von 2 Grm. — erforderlich, als beim innerlichen Gebrauch (4—6 Grm.).

4) Zur subcutanen Injection eignet sich eine concentrirte Lösung von 1 : 0,5 Aq. wegen ihrer compendiösen Form und ihrer prompten Wirkung vorzugsweise.

5) Die hypodermatische Anwendung des Antipyrin ruft weder allgemeine Störungen, noch locale Erscheinungen irgend welcher Art hervor.

6) Das Antipyrin eignet sich wegen seiner prompten, rasch eintretenden Wirkung und seines billigen Preises — es ist zur Zeit zur Hälfte billiger als Chinin und wird bei grösserem Verbrauche ohne Zweifel noch viel billiger werden können — zur allgemeinen Anwendung und scheint dazu berufen zu sein, ein Substitut für Chinin zu bilden.

Dr. Ferdinand May führt XXII Versuche an mit Angabe sehr genauer Temperaturtabellen, aus denen allerdings die prompte und sichere Wirkung des Antipyrin sehr deutlich sichtbar wird.

Was die Dauer der Wirkung anbetrifft, so ergaben Durchschnittszahlen folgende Tabelle:

bei 1 Grm. Antipyrin	pro die unter	39,0 =	9,66 Stunden
	«	38,0 =	5,16 «
« 2 «	« « «	39,0 =	10,83 «
	«	38,0 =	5,4 «
« 5 «	« « «	39,0 =	14,12 «
	«	38,0 =	7 «
« 6 «	« « «	39,0 =	16,6 «
	«	38,0 =	4 «

Mit dem Sinken der Temperatur sinkt auch die Pulscurve. Die Dosirung des Antipyrin wurde von May bei kräftigen Erwachsenen nach der von Filehne und Guttmann angegebenen Formel 2 + 2 + 1 Grm. ausgeführt mit je 1 Stunde Intervall. Bei Phthisikern und Kindern viel kleinere Dosen, 0,5 und 1,0 Grm. Im Vergleich mit Chinin äussert sich May dahin, dass als Vortheil des Antipyrin vor dem Chinin die ungemein leichte Löslichkeit in Aq. und Wein und der geringe etwas bittere Beigeschmack hervorgehoben zu werden verdient. Ferner die rasche und prompte Wirkung. Die Dauer der Wirkung ist bei richtiger Dosirung eine dem Chinin ungefähr analoge. Das Erbrechen ist bei beiden ziemlich gleich oft. Der Preis viel niedriger.

Zum Schluss hebt Verf. hervor, dass die Kaltwasserbehandlung weder durch Chinin noch durch Antipyrin verdrängt werden könne und die Combination beider Methoden sich vorläufig am Meisten empfehle.

P. Guttmann in seinem Vortrage über Antipyrin hebt die sichere und prompte Wirkung dieser werthvollen Bereicherung unseres Arzneischatzes hervor. Erwähnt ebenfalls, dass die Nebenwirkungen äusserst minim sind, dass kein Ohrensausen wie beim Chinin vorkomme, dass das Erbrechen nicht quälend, und dass der beim Temperaturabfall stets stark auftretende Schweiss nicht unangenehm sei. Nach seinen Beobachtungen ist unter den fieberhaften Krankheiten eine zu nennen, gegen die das Antipyrin wirkungslos bleibe und wo gerade das Chinin dominire — Intermittens. Sonst empfiehlt er das Antipyrin sehr warm. B—s.

Löwenfeld: Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der chronischen Rückenmarks-Krankheiten. (S.-A. aus dem ärztlichen Intelligenzblatt. München, Finsterlin, 1884. 50 S.)

Verf. unterwirft in dieser Brochure, welche einen in der Sitzung des Münchener ärztlichen Vereins am 26. März gehaltenen Vortrag enthält, alle bis jetzt gegen chronische Erkrankungen des Rückenmarkes angewandten therapeutischen Methoden einer gesunden Kritik, wobei er sich hauptsächlich bei ausgiebiger Benutzung der einschlägigen Literatur auf eigene Erfahrung am Krankenbette stützt. Von wirklichem Nutzen sind nach ihm nur die verschiedenen hydro- und balneo-therapeutischen Proceduren und der galvanische Strom, während interne Mittel, Ableitungen, Einreibungen und chirurgische Eingriffe (die famose Nervendehnung!) von zweifelhaftem Werthe sind. Verf. stellt genaue Indicationen für die Anwendung der Bäder auf, setzt durch recht annehmbare theoretische Erklärungen die derivative Behandlung in ihre alten Rechte wieder ein und schliesst mit den Worten: «Wir können die Beseitigung von Circulationsstörungen im Rückenmarke herbeiführen, die Ernährung und Functionsfähigkeit der Nervenelemente desselben verbessern, den Ausgleich geringerer structureller Veränderungen letzterer Elemente anbahnen und auf die Aufsaugung von Trans- und Exsudaten hinwirken.» Er hebt hervor, dass dieses Postulat durchaus nicht in allen Fällen erfüllt werde, bedauert, dass wir kein sicheres Mittel gegen die Bindegewebswucherung und gegen den völligen Untergang hochgradig alterirter Nervenelemente besässen, auch die Neubildung solcher Gebilde nicht anregen können. Vor Allem betont er aber auf das Schärfste, dass Erkrankungen des Rückenmarkes von ihrem ersten Beginne an energisch anzugreifen seien, so lange noch keine tieferen Veränderungen in dem Organe eingetreten seien, ein eigentlich selbstverständlicher Rathschlag, der aber leider sehr oft nicht berücksichtigt wird.

Wir können das Schriftchen auf das Wärmste empfehlen und wünschten, dass auch Nichtspecialisten sich eingehend damit beschäftigten. Hz.

W. Tipjakow (Moskau): Die Verwendung der Elektricität in der Geburtshülfe. («Wratsch» №№ 24 und 25.)

Auf der Klinik des Prof. Makejew hat Vf. eine Reihe von geburtshülflichen Fällen mit Elektricität behandelt, wie dieses, angefangen von Herder (1803), immer von Zeit zu Zeit vorgeschlagen worden ist. Aehnlich wie Tripier und Apostoli verwendet Vf. zur directen Application der Elektricität eine Sonde, welche in den Cervicalcanal eingeführt wird. Sie besteht aus einem elasti-

schen Catheter mit olivenförmiger Spitze, in welchem die isolirten Drähte verlaufen.

Vf. stellt folgende *Indicationen* zur Anwendung des faradischen Stromes auf: Einleitung der künstlichen Frühgeburt, Atonie des Uterus sowie starke Nachblutungen. Ferner kann man durch den faradischen Strom schnellere Eröffnung des Cervicalcanales und regelrechtere und vollständigere Involution des Uterus nach der Geburt erzielen. Desgleichen soll er gute Dienste bei puerperaler Endometritis leisten, da durch die bewirkten Contractionen die sich zersetzenden Secrete schneller aus der Uterinhöhle herausbefördert werden und die krampfartigen Schmerzen sich verringern. P.

Rossbach: Ueber die Behandlung verschiedener Erkrankungen des Darms mit Naphthalin. (Berl. Klin. Wochensch. 1884. № 42).

Rossbach hatte auf dem III. Congress für innere Medicin eine kurze Mittheilung gemacht über die günstige Wirkung des Naphthalin's bei Darmkrankheiten und jetzt veröffentlicht er eine Reihe von Krankengeschichten, die die günstige Wirkung dieses Mittels beweisen sollen. Das käufliche Naphthalin ist mit verschiedenen brenzlichen Substanzen verunreinigt und muss daher vorher auf einem Filter so lange mit Alcohol gewaschen werden, bis dieser ganz farblos abfliesst, darauf lässt man es trocknen und sublimirt es. Man bekommt das Naphthalin dann in grossen, rein weissen, schön ausgebildeten Krystallen. Dieses Präparat kann nach R. wochenlang in Tagesgaben von 5,0 ohne Schaden für den Pat. gegeben werden und in Folge seiner Unlöslichkeit verlässt es den Körper mit den Faeces und vermag so auch auf den untersten Theil des Darmes seine Wirkung zu entfalten. Mit Erfolg wurde das N. gegeben bei veralteten Darmcatarrhen, bei denen nach Nothnagel wohl Darmgeschwüre die Ursache abgaben, und bei der acuten Diarrhoe. Beim Brechdurchfall der Kinder erwies sich das Mittel nicht schlechter als das altbewährte Calomel. Am interessantesten ist jedenfalls die Beobachtung, die Verf. an Typhuskranken gemacht hatte. Ein Theil der Fälle endigte in 5—6 Tagen abortiv. In anderen sank die Temperatur allmälig zur Norm und hielt sich unter dem Gebrauche von Naphthalin auf derselben, obgleich die Milz vergrössert blieb. Ein Fall verlief 14 Tage lang mit Naphthalin fieberlos, die Temperatur stieg aber sobald das Mittel ausgesetzt wurde. Bei einem sehr schweren Typhuskranken, wo das Fieber weder durch Kälte noch durch Chinin herabgedrückt werden konnte, fiel dasselbe sofort, als zu diesen Mitteln noch das Naphthalin hinzugefügt wurde.

R. meint das Naphth. sei nicht im Stande das Fieber zu heben, wohl aber vermag es durch Vernichtung der Krankheitserreger im Darmkanal deren weiteres Eindringen zu verhindern und damit die Hauptquelle des Fiebers zu verstopfen. In einzelnen Fällen von Typh. abd. hatte das Naph. gar keine Wirkung gezeigt; das waren aber Fälle, die erst am Ende der 2. Woche in Behandlung gekommen waren. Zum Schluss meint Verf., dass es sich wol der Mühe lohne das Naph. bei der Cholera zu versuchen, jedoch in ganz frühen Stadien, bevor es noch zum stürmischen Erbrechen gekommen.

Verf. giebt das Naphthalin hauptsächlich innerlich, und zwar in fein mit Zucker verriebenen Pulvern und mit dem guten Geruchscorrigens Ol. Bergamottae, am liebsten in Oblaten. Das Recept für Erwachsene lautet: Rp. Naphthalini purissimi, Sacchar. alb. āā 5,00, Ol. Bergamott. 0,03. M. f. p. divid. in part. aeq. No. XX. DS. 5—10—15—20 Pulver in 24 St. zu verbrauchen. In Klystierform lässt sich das Mittel nur nach ziemlich umständlichen Präparationen appliciren, da es in Wasser ganz unlöslich ist. L—n.

Prof. Carl Voit: Ueber die Ursachen der Fettablagerung im Thierkörper. (Vorgetragen in der Sitzung des ärztlichen Vereins am 10. October 1883).

In diesem kurzen Vortrage bespricht Verf. in einer klaren und bündigen Weise den jetzigen Standpunct der Aetiologie und die diätetische Therapie der normalen resp. abnormen Fettablagerung im thierischen Organismus. Er stellt sich dabei 4 Fragen, die ganz praecise beantwortet werden.

1. Aus welchen Stoffen bildet sich im Thierkörper Fett?

Anfangs glaubte man das Fett im Thierkörper stamme aus dem Fette der Nahrung (Prout, Dumas etc.) bis Liebig seiner Lehre, das Fett im Thierkörper bilde sich aus den Kohlehydraten der Nahrung, nach hartnäckigem Kampfe allgemeine Geltung verschaffte. Die Untersuchungen von Voit und Pettenkofer bewiesen endlich, dass beim Zerfall des Eiweisses im Körper stets Fett oder wenigstens eine dem Fette sehr nahestehende Substanz abgespalten wird, welche zumeist weiter zerfällt, unter gewissen Bedingungen aber angesetzt wird. Denn sie fanden, dass bei Zufuhr von viel Eiweiss (in reinem Fleisch) aller Stickstoff desselben in den Excrementen wieder erscheinen kann, nicht so aber aller Kohlenstoff, der dabei in Form von Fett zurückbleibt. Die Sache steht jetzt so, dass aus dem Fett der Nahrung Fett im Körper zur Ablagerung kommen kann, dass bei der Eiweisszersetzung Fett entsteht und wahrscheinlich auch aus Kohlehydraten, wenn dieselben in grossen Gaben zugeführt werden. Die nächste Quelle sind für gewöhnlich die beiden ersteren, da durch sie das Fett als solches schon bereit ist, das fortwährend entsteht, während aus den Kohlehydraten dasselbe nur unter bestimmten Bedingungen, bei grossem Ueberschusse sich zu bilden scheint. Wenn aber auch die Kohlehydrate nicht in Fett sich umwandeln sollten, so haben sie doch einen maassgebenden Einfluss auf die Ablagerung von Fett, indem sie als leichter zersetzliche Stoffe durch ihren Zerfall das Fett vor der Zerstörung schützen.

2. Unter welchen Umständen findet ein Fettansatz in Thierkörper statt?

Um die bei der Fettablagerung stattfindenden Vorgänge zu verstehen, müssen erst die Ursachen der Stoffzersetzungen im Körper bekannt sein. Bis vor kurzem glaubte man der aus der Luft aufgenommene O wäre die Ursache dieser Zersetzung. Entstand mehr Fett als durch den aufgenommenen O verbrannt werden konnte, so gelangte der Ueberschuss zum Ansatz; das Fettwerden sollte also durch allzureichliche Zufuhr von Nahrung oder zu geringe O Aufnahme bedingt sein. Diese Lehre hat sich als irrig erwiesen. Die Ursachen für die Stoffzersetzung finden sich in der Organisation, in den Zellen selbst und sind noch nicht genauer bekannt; der O spielt dabei gar keine Rolle. Jede Zelle ist im Stande, durch diese in ihr liegenden Ursachen, eine bestimmte Quantität von complicirten chemischen Verbindungen in einfachere zu zerlegen. Diese Befähigung der Zelle kann durch gewisse Einflüsse vermindert, durch andere erhöht werden. Im ersteren Sinne wirken z. B. Chinin, Alcohol, Morphium, Erniedrigung der Temperatur, im zweiten ein Ueberschuss von *Stoffzufuhr*, Fieber, Temperaturerhöhung der umgebenden Luft und vor allem Muskelthätigkeit.

Der Grad der Zersetzlichkeit der den Zellen zugeführten org. Stoffe ist sehr verschieden. Am leichtesten zerfällt in seine Componenten das Eiweiss, wobei aber das abgespaltene Fett nicht weiter zersetzt werden muss, sondern angesetzt werden kann. Dann folgen in der Zersetzlichkeit die Kohlehydrate und endlich das Fett, sei es nun direct aus dem Darme resorbirt oder erst im Körper aus dem Eiweiss oder Kohlehydrat entstanden. Der Fettansatz kann also erfolgen aus einer zu grossen Fettzufuhr durch die Nahrung, durch einen Ueberschuss von aus dem Eiweiss abgespaltenem Fett und aus unzerstört gebliebenem Fett, welches durch Kohlehydrate geschützt oder vielleicht aus ihnen erzeugt worden ist.

3. Wie kann man das im Thierkörper abgelagerte Fett zum Verschwinden bringen?

Aus den obigen Beobachtungen ergiebt sich von selbst was man zu thun hat um das in abnormer Menge angesammelte Fett zu entfernen. Man muss also reichlicher Eiweiss in der Nahrung zuführen (natürlich nicht so viel, dass davon sich Fett abspalten kann) und dazu geringere Mengen von Fett und Kohlehydraten als zur Erhaltung nöthig ist, so dass der Körper das noch fehlende Fett selbst hergeben muss und auf diese Weise täglich kleine Mengen von Fett einbüsst. Man darf aber einem bestimmten Individuum, *welches sein* überschüssiges Fett verlieren soll, nicht fort und fort *die gleiche Kost* reichen, weil dasselbe während der Kur ein anderes d. h. reicher an Eiweiss und ärmer an Fett wird. Stärkere Körperbewegung, wenig Schlaf, kalte Bäder, nicht zu warme Kleidung unterstützen die Kur noch bedeutend.

4. Lassen sich die bis jetzt geübten Methoden der Entfettung in Einklang mit den Erfahrungen der Wissenschaft bringen?

In diesem letzten Abschnitte bespricht Voit die von Banting und von Ebstein empfohlenen Methoden und spricht sich für die erstere aus.

Um den Körper auf seinem stofflichen Gleichgewichte zu erhalten verbraucht

	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat
ein kräftiger Arbeiter	118	56	500
ein Wohlhabender	127	89	362

Nun empfiehlt aber

	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat
Ebstein	102	85	47
Banting	172	8	81

Daraus sieht man, dass bei beiden der Körper Fett täglich verlieren muss, verliert aber bei der Ebstein'schen Nahrung weniger als bei der von Banting proponirten. L—n.

R. Kaltenbach: Beitrag zur Laparomyomotomie. (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. Bd., I. Heft).

K. veröffentlicht eine Reihe von 10 von ihm in der gynäkologischen Klinik zu Freiburg ausgeführten Laparotomien, von denen 9 in Genesung ausgingen, während eine tödtlich endigte. Die einzelnen Fälle bieten insofern ein allgemeines Interesse, als K. seine günstigen Resultate zum grössten Theil der von ihm geübten extraperitonäalen Stielversorgung zuschreibt (nur in 2 Fällen wurde der Stiel versenkt). Ausserdem scheidet K., wie ja auch nothwendig, die Laparotomie im engeren Sinne von den Fällen, in denen der Fundus uteri selbst abgetragen wird (Amputatio uteri supravaginalis); bei den gestielten Tumoren, wo ja die Uterushöhle, diese gefürchtete Eingangspforte für septische Infection, nicht eröffnet wird, versenkt auch er den Stumpf, bei den anderen dagegen näht er ihn in die Bauchwunde ein, und behandelt ihn dann mit Chlorzinklösung, wobei es fast ausnahmslos gelingt, den Stumpf aseptisch zu erhalten.

Wenn auch Schröder mit der «intraperitonäalen Methode» ganz ähnlich günstige Resultate erzielt, können wir es dem Verfasser gewiss nicht verargen, wenn er nach so befriedigenden Erfolgen sich scheut, «ohne dringenden Anlass neues Lehrgeld mit der Methode der Zukunft zu zahlen.» S.

Weichselbaum: Ueber Tuberkelbacillen im Blut. (Wien. med. Blätter № 10, 1884).

In einem Vortrag, welchen Dr. Weichselbaum in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien gehalten hat, constatirt er das Factum, dass es ihm gelungen ist, in 3 Fällen von acuter Miliartuberculose Tuberkelbacillen im Blut nachzuweisen, (namentlich in den Herzgerinnseln, aber auch in der Vena femoral.). Die Entstehung der allgemeinen Tuberculose stellte er sich für seine Fälle in der von Weigert geschilderten Weise vor. Tuberculöse Knoten sind in das Venensystem durchgebrochen und haben eine Ueberschwemmung des Blutes mit Bacillen herbeigeführt. Im ersten Fall handelte es sich um primäre Tuberculose der Uterinvenen, im zweiten um Lungenvenentuberkel, im 3. um Tuberkel des linken Samenbläschens mit Perforation in eine Vene des Plexus pudendus comm.

—s.

J. Wagner: Ueber die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse nach Versuchen an Thieren. (Wien. med. Blätter, 1884, № 25.)

Die *totale* Kropfexstirpation, die in der letzten Zeit immer allgemeiner von den Chirurgen geübt wurde, hat ihre sehr bedenklichen Schattenseiten, welche sich allerdings erst in der Folge äussern, aber um so unangenehmer für den Patienten sind, als sie wohl kaum sich zurückbilden dürften. Es ist Kocher's Verdienst, diese Zustände näher an den von ihm Operirten verfolgt und unter dem Namen Cachexia strumipriva zu einem einheitlichen Krankheitsbilde zusammengefasst zu haben.

Der Symptomencomplex, unter dem einige Monate nach *gelungener* Operation die Patienten zu erkranken pflegen, ist bekanntlich folgender: Bei Einigen bildet sich Tetanie aus; die Mehrzahl jedoch verfällt in einen kraftlosen, matten Zustand; die geistige Regsamkeit nimmt ab, es bildet sich Langsamkeit im Denken und Sprechen und in den übrigen Bewegungen aus, nicht selten kommt es geradezu zu einer Art Cretinismus. Auch trophische Störungen, Wachsthumshemmungen etc. wurden beobachtet. Alles das ist um so ausgesprochener, je näher die betreffenden Individuen dem Entwickelungsalter stehen.

Es sind also vorwiegend nervöse Erscheinungen, die sich nach der Exstirpation bemerkbar machen und die bereits eine Reihe von Beobachtern, wie Schiff, Zesar, veranlasst haben, der Frage nach der physiologischen Function der so lange vernachlässigten Schilddrüse, namentlich nach der Art ihres Zusammenhanges mit dem Nervensystem, auf experimentellem Wege näher zu treten. Auch Vf. hat sich diese Aufgabe auf Veranlassung von Prof. Leidesdorffer gestellt und ist hierbei zu folgenden Resultaten gekommen:

13 Katzen und 2 Hunde, denen er die Totalexstirpation gemacht, überlebten die Operation verschieden lange: von einigen Stunden bis zu 11 Tagen; die Erscheinungen, die sie boten, hatten grosse Aehnlichkeit mit der an Menschen nach Schilddrüsenexstirpation beobachteten Tetanie. Die Krämpfe sind zwar nicht ganz gleich den bei Tetanie vorkommenden, indem sie bei den Thieren hauptsächlich klonisch sind, während bei der menschlichen Tetanie tonische, anfallsweise auftretende Krämpfe zur Regel gehören. Doch hat W. auch bei Thieren öfters Anfälle von tonischen Krämpfen gesehen, ferner eine gewisse Steifheit der Extremitäten, also leichte tetanische Starre. Bei manchen werden anfallsweise Lähmungen namentlich der hinteren Extremitäten, bisweilen hochgradige Steigerung der elektrischen Erregbarkeit der peripheren Nerven ohne Krampfanfälle beobachtet. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Thiere das Bild etwa einer Strychninvergiftung darboten.

Was die Erklärung dieser Symptome betrifft, so glaubt W., dass die Entfernung der Thyreoidea direct in keiner Weise die Functionen des Nervensystems beeinflusst. Weder handelt es sich hierbei um Veränderungen in der Structur des Centralnervensystems, noch um reflectorische Vorgänge als Folgezustände der während der Operation gesetzten Reizungen oder Durchtrennungen peripherer Nervenfasern (Sympathicus, Recurrens); vielmehr ist er der Ansicht, dass es die sich im Blute anhäufenden Secretionsproducte der Schilddrüse sind, welche eine Art Intoxication bedingen, die ihre deletäre Wirkung auf das Nervensystem entfalten, ähnlich wie das bei der Urämie nach Nierenexstirpation geschieht. —s.

Hugo Blumenthal: Ein Fall von «spastischer» amyotrophischer Bulbärparalyse, complicirt mit amyotrophischer Lateralsclerose. (Inaug.-Diss. Dorpat, 1884.)

Der auf der Klinik von Prof. Emminghaus beobachtete Krankheitsfall betrifft ein 12jähriges Mädchen aus dem Bauernstande, welches wenige Tage nach einem heftigen Schreck Sprach- und Schlingstörung und Veränderung des Gesichtsausdrucks zeigte (constantes Offenstehen des Mundes). Unter Zunahme dieser Störungen stellte sich nach einigen Wochen Schwäche und Steifigkeit in den oberen, bald darauf auch in den unteren Extremitäten ein. Während der klinischen Beobachtung zeigte Pat. die Symptome der progressiven Bulbärparalyse, zugleich spastische Erscheinungen an der Lippen-, Zungen- und Gaumenmusculatur, verbreitete Atrophie und Rigidität der Körpermusculatur, Steigerung der Sehnenreflexe, spastischen Gang. Sensible, trophische Störungen fehlten, ebenso Ataxie und Symptome seitens der Blase und des Mastdarms. Keine Gehirnsymptome. Zur Autopsie ist der Fall, wegen Austritts der Pat. aus der Klinik, auch nach Abschluss der Diss. nicht gekommen. Verf. glaubt den Fall, da er weder dem Symptomenbilde von Charcot's Sclérose latérale amyotrophique, noch dem von Leyden's amyotrophischer Bulbärparalyse vollkommen entspricht, als «spastische» amyotrophische Bulbärparalyse bezeichnen zu dürfen. Ob solche Specialbezeichnung sich rechtfertigen lässt, mag dahingestellt bleiben. Die Möglichkeit des Vorkommens derartiger Krankheitsbilder muss aus einer einheitlichen Auffassung der Erkrankungen des cortico-musculären Leitungssystems a priori gefolgert werden. Die symptomatologisch-klinische Bestätigung dieser Annahme bleibt interessant, kann aber erst durch die gleichzeitige Beibringung positiver Sectionsergebnisse ihre wahre Begründung finden. Mercklin.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Haeser: Grundriss der Geschichte der Medicin: Jena, Fischer 1884. 8°. I. 418 S.

Vorliegendes Werk ist ein kurzer Auszug aus dem grossen Lehrbuch der Geschichte der Medicin, der für Studirende und jüngere Aerzte bestimmt ist. Wie es in der Natur eines solchen Auszuges liegt, ist der mächtige Stoff sehr gedrängt wiedergegeben und nur die bekannte Meisterschaft des Verfassers im Darstellen medicinisch-historischer Materien hat eine sonst unvermeidliche Trockenheit der Erzählung vermieden. Wir können dieses Buch allen empfehlen, welche kurz sich über eine gewisse Entwickelungsperiode der Medicin Aufklärung verschaffen wollen. Hz.

M. Rosenthal: Diagnostik und Therapie der Rückenmarks-Krankheiten. II. Aufl. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1884. 192 S. 8°.

Die Rückenmarks-Krankheiten erfreuen sich in jüngster Zeit einer besonderen Berücksichtigung; kaum ist die gute Compilation von Dr. Schuster erschienen, so bearbeitet einer der competentesten Autoren, Prof. Rosenthal, dasselbe Thema. Das vorliegende Werk ist eine stark erweiterte Bearbeitung des «schmächtigen» Monatsschriftchens der Wiener Klinik 1878, bringt in 12 Vorlesungen in klarer Weise das Wesentliche aus der Lehre von den Rückenmarks-Krankheiten ohne den zuweilen recht langweiligen Literaturballast; man sieht es der Darstellung an, dass sie auf eigener reicher Erfahrung und selbständiger Forschung beruht, was sich namentlich im therapeutischen Abschnitte deutlich zeigt. In den beiden letzten Vorlesungen hat der Verf. seine Erfahrungen über ältere und neue Mittel bei Erkrankungen des Rückenmarks mit besonderer Berücksichtigung der modernen Neurasthenie niedergelegt und wird mancher Neuropathologe Belehrung und Anregung daraus schöpfen. Wir können das Werk nur warm empfehlen. Hz.

F. Penzoldt: Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth. Kurze Anleitung zur Harnuntersuchung in der Praxis für Aerzte und Studirende. Jena, Gustav Fischer, 1884.

Unter der grossen einschlägigen Literatur zeichnet sich vorliegendes Büchlein vortheilhaft durch seine Kürze und Uebersichtlichkeit aus. Nur das Praktische im Auge habend, bespricht Verf. auf 26 Seiten die gebräuchlichsten Reactionen auf Eiweiss, Zucker, Blutfarbstoff, Gallenfarbstoff und den Nachweis verschiedener Arzneimittel. Als Anhang zu jeder Abtheilung ist eine kurze Zusammenfassung, in der die sichersten und schärfsten Proben in absteigender Reihenfolge angeführt sind. Diese Eigenschaften lassen das Büchlein sehr geeignet erscheinen zur Anleitung in Harnanalysen speciell für den praktischen Arzt. L—s.

Therapeutische Notizen der Deutschen Medicinal-Zeitung 1880—1883. Herausgeber Dr. Julius Grosser. Berlin. 1884. Verlag der Deutschen Medicinal-Zeitung (Eugen Grosser). Preis 1,50 Mark. 100 Seiten.

Obgleich das vorliegende Büchlein in erster Linie für die Leser der D. M. Z. bestimmt, die es auch gratis als Zugabe erhalten, so verdient es doch allgemeinere Aufmerksamkeit durch seine Handlichkeit und seinen reichen Inhalt. Alles, was im Laufe der letzten 4 Jahre über neue Medicamente und Behandlungsmethoden in der med. Literatur veröffentlicht, finden wir in diesem Büchlein, alphabetisch geordnet kurz wiedergegeben. Dem praktischen Arzte, der sich rasch über irgend ein neues Mittel orientiren will oder nachschlagen möchte, welche neue Methode bei irgend einem Leiden in Anwendung gebracht worden, werden die «Notizen» vielfach gute Dienste leisten können.

Wir können somit dieses Büchlein den Collegen nur auf's Wärmste empfehlen. P.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Feller's: Diätetische Führer. № 1. Die Zuckerharnruhr. Mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkranke von Dr. E. Hertzka. — H. Feller, Karlsbad und Nizza, 1884.

— **Lehrbuch der Physiologie** für akademische Vorlesungen und zum Selbststudium von Dr. A. Grünhagen. VII. Auflage. Mit etwa 250 Holzschnitten im Text. II. Lief. — L. Voss, Hamburg und Leipzig, 1884,

— **On tumours of the bladder** by H. Thompson. — J. & A. Churchill, London, 1884.

— **Surgery of the urinary organs** by H. Thompson. Lectures delivered of the royal college of surgeons of England. — J. & A. Curchill, London, 1884.

— **Ce que devient la bile dans le canal digestif** par Dr. A. Weiss. (Tiré du «Bullet. de la Société Impériale des naturalistes de Moscou). 1884.

— **Medicinische Neuigkeiten.** I. Jahrgang, № 1—3. Russ.).

— **Chromatoptometrische Tabelle** von Dr. Ole Bull. — P. T. Malling's Buchhandlung, Christiania, 1882.

— **The lock-jar of infants** (Trimus nascentium) by J. Hartigan. — Bermingham & Co., New-York, 1884.

— **Die chemisch-mikroskopische Untersuchung des Harns** auf seine wichtigsten krankhaften Veränderungen von Dr. O. Puhlmann. III. Aufl. — A. Hirschwald, Berlin, 1885.

— **Das chlorsaure Kali**, seine physiologischen, toxischen und therapeutischen Wirkungen von Dr. J. v. Mering. - A. Hirschwald, Berlin, 1885.

— **De las cataratas hereditarias y de su trasmision** par el Dr D. Carreras-Arago. — E. Ullastres, Barcelona, 1884.

— **Bericht der von der St. Petersburger Stadtverwaltung gegründeten städtischen Sanitätscommission** für d. Jahre 1881—1884. — St. Petersburg, 1884. (Russisch).

— **Kefyr, kaukasisches Gährungsferment und Getränk aus Kuhmilch** von Dr. W. Podwyssotzki (Sohn). Aus dem Russischen übersetzt von M. Schulz. — St. Petersburg, C. Ricker, 1884.

— № XXII. **Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — Riga, 1884.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 21 November 1883.

Dr. Assmuth theilt einen seltenen Fall von Incontinentia urinae mit. Patientin, eine Finnin von c. 25 Jahren leidet seit lange an Incontinenz der Blase; an der normalen Stelle der Urethra befindet sich eine sphincterlose kreisrunde Oeffnung von ½ Centim. Durchmesser, eine Urethra im eigentlichen Sinne giebt es nicht, der Kanal entspricht nur der Dicke der Blasenschleimhaut; bei gewisser Lage des Körpers, besonders im Stehen, fliesst der Harn einfach aus. Erkrankung des centralen Nervensystems fehlt vollkommen, vorausgegangene unnatürliche Begattung ist auszuschliessen, am meisten Wahrscheinlichkeit hat die Annahme eines angeborenen Defects. Vor kurzem hat Pawlik über 4 Fälle von Incontinenz berichtet, bei denen es ihm gelang relative Heilung durch Operation zu erzielen. Er umschnitt die Grenzen, bildete auf beiden Seiten einen dreieckigen Substanzverlust in der Schleimhaut und schritt dann zur Verziehung der klaffenden Urethra im horizontalen Sinn.

Dr. Assmuth verfuhr ähnlich in seinem Fall, hatte aber keinen functionellen Erfolg. Nach 4 Wochen trug er die Nymphen beiderseits ab, bildete ein grosses Dreieck links und brachte eine beträchtliche Verziehung der Urethralöffnung in schräge horizontaler Richtung zu Stande. Patientin ist jetzt im Stande 2—3 Stunden den Urin zu halten.

Sitzung vom 5 December 1883.

Dr. Lingen berichtet über folgenden Krankheitsfall: Ein 15 jähriger Knabe erlitt am 10. October bei einem verfehlten Sprung über den Turnbock eine heftige Contusion des Perinaeum. Es entwickelte sich eine entzündliche Geschwulst mit Druckempfindlichkeit der Harnröhre bis zum Scrotum. Das Uriniren ging mit brennendem Schmerze vor sich, dem Harn war Schleim beigemischt. Kein Fieber. Am 10. Tage befiel den Patienten beim Versuche zu gehen ein heftiger Schmerz in der Gegend des Perinaeums und ein Ohnmachtsanfall. Am 11. Tage gesteigerter Schmerz, Verlust des Bewusstseins, klonische und tonische Krämpfe und Zuckungen der Extremitäten, die etwa eine Stunde anhielten, und grosse Schwäche hinterliessen. Binnen 17 Tagen schwanden die Contusionsgeschwulst und der Schmerz im Perinaeum und in der Harnröhre allmälig; es bestand geringer eitriger Ausfluss aus der Harnröhre. Nach einem ersten Schulbesuche tritt Abends ein zweiter heftiger Krampfanfall begleitet von Nackenstarre ein, den nächsten Abend ein dritter mit Opisthotonus; in diesen Tagen gleichzeitig Steigerung der Schmerzen im Perinaeum, Dysurie, Kopf- und Nackenschmerz, Hyperaesthesie der Haut am Oberkörper, Schmerz in den Intercostalräumen, beengtes Athmen. Nach weiteren 3 Tagen ein vierter heftiger Anfall, stundenlang anhaltender Trismus, Opisthotonus; nach dessen Aufhören galliges Erbrechen, Deglutitionsbeschwerden, grosse Schwäche, Unbesinnlichkeit; Schmerzen im Perinaeum und der Urethra bestehen unverändert fort. Wiederum nach 3 Tagen heftiger, lange andauernder Anfall, der nun auch der letzte war. Allmälig verlor sich die Hyperaesthesie und Schmerzhaftigkeit des Rückens, die Geschwulst am Perinaeum schwand, sehr allmälig verlor sich die Druckempfindlichkeit der Harnröhre und die Dysurie, der eitrige Ausfluss dauerte noch wochenlang fort. Die Convalescenz ging langsam vor sich. Die Behandlung bestand in örtlichen kühlen und narkotischen Umschlägen, mercuriellen und narkotischen Salben, Injectionen von Blei und Zinkpraeparaten und Tannin; innerlich wurden Bromkalium, Valeriana, Chloral gebraucht, ausserdem wurden warme Bänder ordinirt.

Dr Lingen hält diesen Fall beachtungswerth als Beleg dafür, dass Traumen an den Geschlechts- und Harnorganen Veranlassung zu schweren Reflexneurosen geben können, die sich, wie in der Literatur angegeben, auch zum Tetanus steigern können. In unserm Falle ist das Bild einer Reizung des Gehirns und Rückenmarks von der contundirten Urethra ausgehend, deutlich ausgeprägt und zwar sowohl in der sensoriellen als in der sensiblen und motorischen Sphäre. Bemerkenswerth ist, dass, wenn bei der Untersuchung des Perinaeum die Betastung bis zur Hervorrufung intensiverer Schmerzes ausgeübt wurde, sich alsbald leichte Zuckungen und Ohnmachtsanwandlungen einstellten. Die Untersuchung war deshalb auch möglichst selten und vorsichtig auszuführen.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 18. September 1884.

1) Dr. Th. Schröder hält einen Vortrag «*über einen Fall von Augenmigraine oder Flimmerskotom, mit nachfolgenden, bleibenden Gehirnsymptomen.*» (Zum Druck bestimmt in Zehender's Monatsblättern für Augenheilkunde).

In der nachfolgenden Discussion theilt Dr. Magawly einen Fall von Augenmigraine mit nachfolgender Netzhautablösung mit. Die Krankengeschichte dieses Falles wird in der Schröder'schen Arbeit ausführlich mitgetheilt werden.

Dr. Börling erwähnt, dass er im letztverflossenen Sommer in den Besitz eines angeblich von einem Apotheker in Prag erfundenen Geheimmittels gegen Migraine gelangte, welches vorzüglich wirkte. Bei 4 Personen bewirkte es das völlige Schwinden der Migraine in 10 Minuten. Die von Dr. Biel ausgeführte chemische Untersuchung zeigte, dass das Mittel nichts weiter enthalte als *Natron salicylicum*. Es wurde gut vertragen, nur bei einem jungen Mädchen trat Brennen in der Magengegend und leichtes Ohrensausen auf.

Dr. Moritz bemerkt dazu, die Anwendung von Natron salicylicum gegen Migraine sei nichts Neues, er selbst und andere Collegen hätten bereits zu verschiedenen Malen vorzügliche Erfolge erzielt, jedoch lasse es zuweilen auch im Stich.

Dr. Kernig führt an, dass dabei zu unterscheiden sei, welche Form der Migraine vorliege. Bei gewissen Formen, vielleicht namentlich bei der angio-paralytischen, werde der Schmerz durch Essen gesteigert und gleichzeitig sei die Hauttemperatur der ergriffenen Kopfhälfte erhöht, wie er es oft an sich selbst beobachtet habe. In jedem Fall sei auf den Zusammenhang mit ursächlichen gastrischen Störungen zu achten.

Dr. Neumann erinnert an die Ansicht von Hack in Freiburg, welcher als eine der Ursachen der Migraine Veränderungen im Nasenrachenraume ansehe, wodurch eine Reflexneurose entstände. Wird der Nasenrachenraum entsprechend behandelt, so bleiben die Anfälle von Migraine aus. Neumann kann diese Ansicht auf Grund eines Falles aus seiner Praxis bestätigen.

Dr. Hinze weist darauf hin, dass neuerdings in der Berliner klin. Wochenschrift in einer Arbeit darauf aufmerksam gemacht wird, dass Migraine zuweilen als Vorläufer von Tabes auftrete.

Dr. Voss hat bei einem kleinen Mädchen, welches an Migraine litt, wobei das Gesicht geröthet war, nach 20 Gran Natron salicylic, im Beginn des Anfalles gereicht, sehr guten Erfolg gesehen.

2) Dr. G. Tiling berichtet über 2 *Fälle seltener Stichverletzungen mit Ausgang in Heilung.*

a) *Verletzung der Art. mammaria interna.* Ein junger Arbeiter hatte einen Messerstich in die rechte Brusthälfte erhalten. Nachdem der sehr bedeutende Collaps bekämpft, unterband T. die Art. mammar. dxtr. und die Genesung trat unbehindert ein.

b) *Stichwunde des Magens.* Ein junger Arbeiter hatte ebenfalls einen Messerstich in die Gegend des Magens erhalten. Die äussere Stichwunde unerheblich, jedoch wiederholtes Bluterbrechen. T. machte die Laparotomie und fand an der hinteren Magenwand (der Magen war gefüllt gewesen) eine Wunde, welche er vernähte. Die Heilung trat sehr schnell ein.

Dr. Wulff berichtet über einen vor 3 Tagen im Obuchow-Hospital vorgekommenen Todesfall während der Narkotisirung Nachstehendes:

Der Schuster Friedrich Weldemann, 43 J. alt, von kräftigem Körperbau und guter Ernährung wird am 11. August 1884 (№ 5725, III. Barake, VII. Abtheilung, Dr. Noeschel) aufgenommen mit Osteoperiostitis mandibulae ichorosa. Erkrankt am 20. Juli an Zahnschmerzen im 4. cariösen linkseitigen unteren Backenzahn, zu welchem sich stets zunehmende Schwellung der Wange gesellt, tritt er bei einer Temperatur von 39,3 mit diffuser Schwellung der linken Gesichts- und Halshälfte ein. Die Hautdecken sehr gespannt mit Fluctuation. Aus dem Munde bei kaum auseinanderzubringenden Kiefern fliesst ein wenig scheusslich stinkende Jauche; alle Zähne

der linken Unterkieferhälfte wackeln. Aus einem vom Kieferwinkel nach vorn gemachten grossen Schnitt bis auf den Knochen, durch welchen auch die Arteria maxillaris durchschnitten (darnach unterbunden) wird, fliesst eine grosse Menge stinkender schmutziger Jauche, der Kieferknochen weit entblösst, lässt sich am Kieferwinkel umgreifen. Nach Entfernung von 4 Backzähnen erweisen sich die Alveolränder derselben necrotisch. Verband mit Jodoform, und Chlorwassergurgelung.

Unter Besserung des subjectiven Befindens trotz dauernder Fiebertemperatur, bis 39,9 hinauf, und langsamer Abschwellung der Weichtheile namentlich am Halse, reinigt sich die Höhle von mortificirten Bindegewebs- und Fascienfetzen bis zum 23. August, doch bleibt es bei reichlicher, stets stinkender Eiterabsonderung aus Mund und Einschnitt bei Temperaturen zwischen 38—39 mit kurzdauernden Steigerungen bei Bildung kleiner Abcesschen im Zahnfleisch, dessen Ränder sich mit Granulationswucherungen bedecken. Einige kleinere Stückchen sequestriren sich von den Alveolen und am Kieferwinkel. Daher wird bei abermaliger leichter Zunahme der Schwellung des Gesichts am 12. Sept. beschlossen zur Sequesterextraction, eventuell Kieferresection zu schreiten, um der unvermeidlichen Aufreibung des Patienten durch chronische Sepsis zu begegnen.

Am 14. September 1884 bei einer Temperatur von 38,1 begab sich der Patient, der sich in noch recht gutem Ernährungszustande befand und dessen Herz bei den früheren Untersuchungen nichts Abnormes aufgewiesen hatte, um ½11 Uhr auf den Operationstisch behufs Chloroformirung. Dieselbe geschah in der üblichen Weise durch Auftröpfelung auf die Esmarch'sche Maske. Das zu benutzende Chloroform hatte aus demselben Glase schon Tags zuvor zur Narkotisirung eines anderen Patienten gedient. Die unter Leitung von DDr. Noeschel und Lesin begonnene Narkotisirung hatte 8 bis 10 Minuten gedauert, bei regelmässigem Pulse und normaler Respiration, da trat ein Paar Minuten nach meinem Eintreffen während ich mir die Hände wusch, eine starke Excitation bei dem Patienten ein, derselbe raisonnirte und schrie, warf sich bei noch nicht vollkommen geschwundenem Bewusstsein lebhaft hin und her und nach vorn, wobei der Puls sich beschleunigte, und er nach wenigen Minuten plötzlich unter exspiratorischem Schnarchen schlaff, todtenblass und bewusstlos zusammenfiel. Würgen oder Erbrechen war während der Narkotisirung nicht vorgekommen. Die sogleich in Bewegung gesetzte künstliche Respiration, nach Silvester, mit Tieflagerung des Kopfes und vorgezogener Zunge brachte in Pausen noch 2—3 active Inspirationen zu Wege, doch kein Puls wurde fühlbar. Es wurde von mir sogleich die Tracheotomie gemacht, Insufflationen durch die Canüle mit der künstlichen Respiration verbunden, Eisstückchen in das Rectum geschoben, faradisirt am Halse und an der Zwerchfellinsertion und über 1½ Stunden mit der künstlichen Respiration fortgefahren so lange noch Spuren fibrillärer Zuckungen der Muskulatur mit dem Inductionsstrom erzielt werden konnten, ohne das entflohene Leben zurückbringen zu können. Das zuerst ganz blasse Gesicht hatte sich während dieser Zeit durch die wiederholten Compressionen des Thorax und Unterleibes bei der Tieflagerung des Kopfes bläulich gefärbt an Stirn, Wangen und Ohren. Die nie ad maximum dilatirt gewesenen Pupillen sich bis zu Mittelweite contrahirt, der Glanz der Augen nur sehr allmälig verloren. — Die verbrauchte Quantität Chloroform betrug weniger als eine Unze.

Die Obduction fand nach 24 Stunden statt durch Prosector Dr. Poletika in Gegenwart vieler Hospitalcollegen und des Kasaner Docenten Dr. Boldyrew, als zufälligen Gastes.

Kräftige, gut genährte Leiche mit starker Todtenstarre. Pupillen vielleicht etwas weiter als normal. Vor dem linken Kieferwinkel eine 5 Cent. lange Schnittwunde mit übernarbenden Rändern. Linke Gesichtshälfte bis zu dem ödematösen Unterlid aufgetriebener als rechts. Am Halse eine frische Tracheotomiewunde. Haut auf Brust, Bauch und Achselgruben mit Epidermisschilfer stark besetzt, weniger am Rücken und an den Beinen. Eine kleine alte Hautnarbe mit leichtpigmentirter Umgebung am oberen vorderen Drittel des linken Unterschenkels. Rücken, Ohren und Hinterkopf durch Leichenhypostase blau. — Thoraxmuskeln schön ausgebildet und gut gefärbt. Knorpeln der ersten Rippe stark verknöchert. In beiden Jugularvenen dunkles flüssiges Blut ohne Spuren von Gasbläschen. — Herz nicht bedeckt von den Lungen. Im Pericardialsack eine halbe Unze hellen Serums.

Auf der vorderen rechten Ventrikelfläche ein flacher Sehnenfleck von 2—2½ Ctm. Die Oberfläche der Ventrikel mit mässiger Fettschicht bedeckt in den atrioventriculären und longitudinalen Sulcus und am rechten Herzrand. Artrien mässig, Ventrikel fast gar nicht gefüllt mit dunklem flüssigem Blute, ohne Spuren von Luft und Gerinnseln. Gleiches gilt von den grossen Venenstämmen. Kein Chloroformgeruch spürbar weder am Blut noch an sonstigen Leichentheilen. Herzvolumen etwas vergrössert, was hauptsächlich auf Rechnung des linken mässig hypertrophischen Ventrikels kommt, Herzmuskel graurötblich, wie ausgewaschen, Papillarmuskel mässig hypertrophisch. Endocardium mässig getrübt durch Verdickung, namentlich hinter den Atrioventricularklappen, besonders links. Klappensegel normal, an den freien Rändern kaum verdickt, Orificien normal, sowohl venöse als arterielle. Desgleichen die Semilunarklappen. Das Herz wurde behufs näherer Untersuchung seines Ganglienapparats Herrn Professor Winogradow überreicht.

Rechte Lunge hinten durch alte Verwachsungen adhärent, zeigt auf der Pleura viele punctförmige Ecchymosen. In der Spitze begrenzte narbig cirrhotische Stellen; an den freien Rändern leichtes Emphysem. Unterlappen verdichtet durch Hypostase und Oedem. Die Bronchialschleimhaut stark venös hyperämisch mit spärlichem Schleim bedeckt. Linke Lunge an der Spitze, am hinteren Theil des Zwerchfelles, an der Rückenfläche durch alte Adhäsionen fixirt. An der Pleura die gleichen Ecchymosen wie rechts. Im Oberlappen ein caseöser Herd von Wallnussgrösse mit kleiner geschlossener Caverne, gefüllt mit blutigem eiterförmigem Detritus. Die Bronchialschleimhaut wie rechts. In beiden Lungen ist das Gewebe für Luft durchgängig. In der Trachea findet sich starke Hyperämie der Schleimhaut, die mit wenig blutigem Schleim bedeckt ist. Die Tracheotomiewunde erstreckt sich durch die 2 ersten Ringe bis in den dritten, Larynxschleimhaut normal. Larynxhöhle und Eingang frei von Fremdkörpern. Tonsillen beiderseitig vergrössert.

Die Weichtheile um den linken Unterkieferwinkel und -Körper stark verdickt und sklerosirt; unter denselben mehrfache mit ichoröser Flüssigkeit gefüllte Gänge, welche zu plattenartigen Sequestern der Oberfläche des Kiefers führen. Das Knochengewebe des Unterkiefers ichorös infiltrirt. Die Zähne ausgefallen aus den cariös-necrotischen Alveolen links.

Schädeldach sehr dick, undurchscheinend, mit stark verbreiterter Diploë. In den Sinus der normalen Dura eine geringe Quantität flüssigen dunklen Blutes, das sich bei gleicher Qualität in den stärkergefüllten Venen der mässig ödematösen Pia vorfindet. Diese lässt sich leicht abziehen. Die Arterien sind leer, nicht sclerotisch. Die Gehirnmasse ist mässig serös durchtränkt in der grauen wie in der weissen Substanz, zeigt auf den Durchschnitten ziemlich reichliche dunkle Blutpuncte; die Seitenventrikel etwas dilatirt; die Plexus chorioidei blutgefüllt. Das kleine Gehirn stärker hyperämisch als das grosse. Der 3. und 4. Ventrikel und die Medulla oblongata normal. Milz auf's Doppelte vergrössert mit glatter Kapsel, dunkler, weicher, brüchiger Pulpa. Leber nicht grösser als normal, mit scharfen Rändern, wenig bluthaltig, flockige verfettete Stellen auf der Oberfläche und im Parenchym. Die Lappenzeichnung nicht ganz bestimmt. In der Gallenblase etwa 1½ Unzen dunkelgoldgelber Galle. Die Nieren etwas vergrössert; die Corticalsubstanz unterscheidet sich von den Pyramiden nicht sehr deutlich bei sehr starker venöser Stase, doch ist das Dickenverhältniss zwischen denselben normal und die Kapsel leicht und glatt abziehbar; in den Nierenbecken mässige Fettablagerung. Harnblase enthält 2 Unzen klaren Harns. Die Schleimhaut normal. Die Schleimhaut des Magens catarrhalisch aufgelockert und von leicht ecchymotischer Färbung an den longitudinalen Falten, im Uebrigen eher verdünnt und atrophisch. Inhalt spärliche Schleimmassen. Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms mässig verdickt mit starker venöser Stase. In der Nähe der Valvula Bauhini sind die Follikel des Dünndarms stark vergrössert und einige herausgefallen. — Das Pankreas hellgrauroth, trocken, wie normal.

Wenn man diesen Leichenfund mustert, so ergeben sich für Chloroformintoxication kaum irgend characteristische Zeichen; wir finden vielmehr das Bild einer chronischen Septicaemie und die Residuen älterer Entzündungsprocesse. Der Chloroformtod ist offenbar durch Synkope erfolgt, durch plötzliche Lähmung des unter dem Einfluss des septischen Fieberzustandes von 8wöchentlicher (20. Juni—14. September) Dauer marantisch gewordenen Herzens und zwar bei protrahirter spastischer Exspirationsstellung des Thorax und des Unterleibes mit geschlossener Glottis, wie sie ja unmittelbar vor dem Tode auch an dem noch lebenden, sich in halb erhobener Stellung befindlichen Patienten beobachtet worden ist, aus der er entseelt zurücksank unter schnarchendem Exspirium.

Dr. Monastyrski spricht sich, anknüpfend an den eben mitgetheilten Fall, gegen die jüngst von Dr. Winogradow im «Врачъ» dargelegten Anschauungen aus, namentlich scheint ihm der Schluss Winogradow's gewagt, wenn derselbe sagt, das Gesicht wurde blau, folglich hatte man es mit Asphyxie, nicht mit Synkope zu thun. Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Der Oberarzt des Ujasdow'schen Militärhospitals in Warschau wirkl. Staatsrath Dr. Bjeljajew ist zum Gehülfen des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung ernannt worden.

— Wie verlautet, ist in der militär-medicinischen Academie die Herausgabe eines eigenen medicinischen Journals, in welchem die Arbeiten der Professoren und Studenten gedruckt werden sollen, in Anregung gebracht. Die Verpflichtung der Doctoranden, 400 Exemplare ihrer Doctor-Dissertation der Conferenz der Academie einzureichen, soll dann aufgehoben werden.

— Der Professor der Pharmakologie in Marburg, Dr. Böhm, (früher in Dorpat), folgt einem Rufe an die Universität Leipzig. In Folge dessen ist der Docent der Pharmakologie an der Dorpater Universität, Dr. Hans Meyer, nach Marburg berufen worden.

— Am 13. October beging der berühmte Warschauer Ophthalmolog, Prof. Victor Szokalski, das *50jährige Jubiläum* seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Feier dieses Tages fand unter allgemeiner Betheiligung der Warschauer Aerzte und in Gegenwart von Delegirten vieler medicinischer Vereine im Local der Gesellschaft

Warschauer Aerzte statt. Nach einer vom Präsidenten der Gesellschaft an den Jubilaren gehaltenen Ansprache, entwickelte der Augenarzt Dr. Kramstyk in längerer Rede ein Bild vom Leben und Wirken des Jubilars, woran sich eine eingehende Würdigung seiner Verdienste um die Augenheilkunde schloss. Die Redaction der in Warschau erscheinenden medicinischen Zeitung «Gazeta lekarska» hatte eine Festnummer herausgegeben; von dem ältesten polnischen Arzte, dem 95jährigen Dr. Brodowitsch, war ein von ihm verfasstes Festgedicht eingesandt worden.

— Dr. S. Lebedew, früher Ordinator an der Klinik des Prof. Tschudnowski, ist, wie die «Mediz. Nowosti» erfahren, zum Gehülfen des Inspectors des St. Petersburger Bezirks ernannt worden, welchem die hygienische Beaufsichtigung der Beschäftigung der minderjährigen Arbeiter obliegt.

— Am 26. October verstarb hierselbst der Gehülfe des Oberarztes am städtischen Alexanderhospital, Dr. A. Ljaskowski. Wir werden in der nächsten Nummer einen Nekrolog desselben bringen.

— *Verstorben*: 1) In Neapel an der Cholera Prof. Somma, Redacteur eines Archivs für Kinderheilkunde. 2) In Moskau Dr. Kaleri, 3) Der Arzt des Wladimir'schen Regiments Milostanow. 4) In London der Oberarzt am königl. Frei-Hospital in Gray's Inn Road, Dr. Rabbeth, an Diphtherie, welche er sich beim Aussaugen der Schleimansammlungen nach einer Tracheotomie zugezogen hatte.

— Die Jekaterinoslaw'sche Kreislandschaft hat einen nachahmungswerthen Schritt gethan. — Sie hat beschlossen, ihren Aerzten alle 2 Jahre einen Urlaub auf 2 Monate zu bewilligen, damit sie in den ärztlichen Fortbildungs-Cursen in St. Petersburg ihre Kenntnisse vervollständigen können.

— Die *Cholera* hat in der vorigen Woche in *Paris* bereits ihren Einzug gehalten. Wie der Telegraph meldet, sind am 10. November (29. October) bereits 83 Choleratodesfälle in den Stadthospitälern vorgekommen. Bei dem regen Verkehr, welchen Paris mit der ganzen Welt unterhält, ist eine Weiterverbreitung der Seuche wohl zu erwarten.

— In *Madras* (Indien) soll die Cholera ebenfalls wieder mit grosser Heftigkeit aufgetreten sein.

— Prof. Klebs aus Zürich hat sich zum Studium der Cholera nach Genua begeben und ist daselbst Gegenstand zahlreicher Ovationen geworden. Bei dem ihm zu Ehren veranstalteten Festbanket in Genua toastete General Canzio, der Schwiegersohn Garibaldi's, auf den deutschen Gelehrten und Forscher.

Gleichzeitig weilen auch Prof. Finkler und Dr. Prior aus Bonn behufs Studiums der Cholera in Genua. Ihre Untersuchungen sollen ergeben haben, dass der Kommabacillus der asiatischen und der einheimischen Cholera morphologisch vollkommen gleich sind. Durch Veränderung der Culturbedingungen soll man im Stande sein, die Form und Grösse der Bacillen zu beeinflussen und kleine oder grosse, geradezu zarte oder plumpe Bacillen, ebenso aus den Culturen der asiatischen Cholera, wie aus der der Cholera nostras zu erzeugen. Da die Präparate beider Arten von Bacillen eine solche Uebereinstimmung zeigen, so könne durch die mikroskopische Untersuchung nicht entschieden werden, ob man es mit der einheimischen oder asiatischen Cholera zu thun habe.

— Vor Kurzem hatte die von dem berüchtigten *Agitator gegen die Vivisection*, Ernst v. Weber, redigirte Zeitschrift «Der Thier- und Menschenfreund» unter der Ueberschrift «Menschenvivisection» die Nachricht veröffentlicht, dass vor ungefähr 8 Jahren «von einem Judenarzte in Osnabrück» der Schlosser A. S. nach Angabe von dessen Mutter und Schwester in scheintodtem Zustande, also lebendig, secirt worden sei. Auf die in Folge dieses Artikels von Dr. Pelz, welcher diese Section vorgenommen hatte, erhobene Klage ist von der zuständigen Behörde der Redacteur Weber zu einer 8wöchentlichen Arreststrafe und der Verfasser des Artikels, Pfarrer Knodt in Münster, zu einer 6wöchentlichen Gefängnissstrafe verurtheilt worden. — «Fürwahr», bemerkt die «Med. Wochenschr.» zu dieser Nachricht, «ans Unglaubliche grenzt die Verirrung des menschlichen Geistes, die einer an sich lobenswerthen Empfindung entspringt, aber in bornirten Köpfen sich bis zur Sinnlosigkeit verwildert».

— Campani empfiehlt, gestützt auf die von Bacchetti beobachtete stark antiseptische Wirkung von Mineralsäuren und die von Koch und Pasteur erforschte Thatsache, dass die Cholerabacillen in sauren Medien zu Grunde gehen, — *zur Bekämpfung der Cholera sehr verdünnte Mineralsäuren* für innerlichen und äusserlichen Gebrauch. Auch prophylaktisch könnten Limonaden aus Mineralsäuren (auf 1 Liter mit 50 Grm. Syrup versüssten Wassers 2 Grm. *Salzsäure* oder *Schwefelsäure*) gute Dienste thun; — die zu *Waschungen* und *Bädern* bestimmte Säure soll dagegen etwa die zehnfache Stärke haben. Angerathen wird zu *Clystieren* die Benutzung eines Zusatzes von 5 Grm. *Mixtura sulfurica acida* auf 1 Liter Wasser.

(L'Orosi. — Arch. d. Pharm. — A. m. C.-Ztg.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg am 21. October 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2323	1618	3941
Kinderhospitäler	141	159	300

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd., exanth., rec.)	152	71	223
Scharlach	10	26	36
Pocken	17	9	26
Venerische Krankheiten	374	363	737

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 14. — 20. October 1884 besucht von 1948 Kranken, darunter zum ersten Mal von 771.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 21. bis 27. Oct. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
220	183	403	69	29	65	7	4	19	46	40	43	28	25	22	2	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 3, Masern 0, Scharlach 3, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, andere Gehirnkrankheiten 11, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung der Athmungsorgane 34, Lungenschwindsucht 86, andere Krankheiten der Brusthöhle 2, Gastro-intestinal-Krankheiten 50, andere Krankheiten der Bauchhöhle 15, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 33, Marasmus senilis 16, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	5—11 October	190 115	87	10	23,8	11,5	32,8
Kopenhagen	8—14 October	267 000	121	10	23,6	7,9	39,1
Berlin	12—18 October	1 192 203	609	90	25,9	14,7	38,1
Wien	12—18 October	759 849	290	11	19,8	3,8	35,3
Brüssel	5—11 October	171 293	76	10	23,1	13,1	24,9
Paris	10—16 October	2 239 928	969	84	22,5	8,6	27,5
London	12—18 October	4 019 361	1517	155	19,7	10,2	36,3
St. Petersburg	**19—25 October**	**928 016**	**387**	**32**	**21,6**	**8,2**	**25,5**

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. November c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. November c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 2. Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 45. **St. Petersburg, 10 (22.) November** **1884.**

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von
Dr. P. G. Unna,
dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

Die Krankheitsgruppe *Lichen ruber*, deren Kenntniss wir den von einander unabhängigen Forschungen von Ferdinand Hebra und Erasmus Wilson verdanken, ist den Aerzten im Allgemeinen noch lange nicht so vertraut, wie es bei der Schwere dieses Leidens und der ungemeinen Wichtigkeit eines frühzeitigen ärztlichen Eingreifens wünschenswerth wäre. Es erklärt sich dies zum grössten Theile aus der Seltenheit der Lichenerkrankungen. Gewiss wird aber auch ein Theil dahin gehöriger Fälle geheilt, ohne überhaupt erkannt worden zu sein, zumal da die Sitte, sämmtliche und besonders nicht klar diagnosticible, chronische Dermatosen sofort mit Arsenik zu behandeln, eine zur Zeit noch sehr verbreitete ist.

Rechtfertigt sich daher die Vorführung eines grösseren Materials von Lichenerkrankungen schon aus dem Grunde, um bei dem Praktiker die verschiedenen Bilder dieser eigenthümlichen Gruppe im Geiste wieder flüssiger zu machen, so habe ich dazu noch einen besondern Grund in dem günstigen Umstande, dass ich in den letzten 4 Jahren in Hamburg in der Privatpraxis, Klinik und Poliklinik nicht weniger als 30 Fälle von Lichen ruber zu beobachten Gelegenheit hatte, — eine verhältnissmässig grosse Anzahl, wenn man bedenkt, dass Hebra sen. im Jahre 1874 (II. Aufl. seines Lehrbuchs pag. 396) nach etwa 30jähriger Beobachtungszeit erst über 50 Fälle gesehen hatte.

Ein besonders reiches Jahr war das Jahr 1881. Seitdem sind die Erkrankungen an Lichen in meinem Beobachtungskreise wieder etwas seltener geworden, so dass ich nicht gerade Aussichten habe, die in den letzten 4 Jahren neu gewonnenen Erfahrungen in den nächsten erheblich zu erweitern. Diese Erfahrungen setzten mich jedoch in den Stand, die verschiedenen Formen des Lichen mit den Beschreibungen der deutschen, französischen, englischen und amerikanischen Autoren zu vergleichen und dadurch über die Hauptfragen ein sicheres Urtheil zu gewinnen, ob die auffallende Verschiedenheit der Schilderungen, wie sie bisher vorliegen, in der Natur der Lichenerkrankungen begründet oder mehr eines zufälligen, autoritativ-historischen Ursprungs sind.

Zugleich hatte ich das Glück, bereits während der Beobachtung des ersten Viertels dieser Fälle eine neue, im Vergleich mit der bisherigen ausserordentlich gründliche und rasche Behandlungsmethode zu finden, welche sich seitdem vollständig bewährt hat, so dass ich die vor 3 Jahren darüber geschriebenen Sätze [1]) heute im vollen Umfange und sogar noch etwas erweitert aufrecht halten kann.

Anstatt nun zuerst die nichts weniger als einfachen und übersichtlichen Angaben meiner Vorgänger kritisch wiederzugeben, stelle ich lieber in zwangloser Weise eine Reihe eigener Krankengeschichten voran, um den Leser mitten in den Stoff einzuführen und dadurch zu befähigen, über manche historische Angaben der Lichenliteratur sich selbst ein Urtheil zu bilden.

I. Ein 17jähriges Mädchen, Pariserin, Frl. M., die noch nie an Hautkrankheiten gelitten hatte, erkrankte am 5. Januar 1881 während eines Besuches in Hamburg unter Frösteln und dem Gefühle allgemeinen Unwohlseins an einem juckenden Hautausschlage. Als ich am nächsten Tage zu der Patientin gerufen wurde, fand ich den Nacken und die Seitenflächen des Halses bedeckt von einem kleinpapulösen, intensiv rothen, juckenden Exanthem, welches sich über die Beugeseiten der Oberarme bis nach den Radialseiten der Handgelenke hinunterzog. Das Gesicht, der ganze Rumpf und die Beine waren frei. Die hellrothen Papeln, welche ganz acut über grössere Strecken wie mit einem Schlage aufgetreten sein sollten, waren senfkorngross, hellroth, kegelförmig zugespitzt, glänzend, und, wenn sie nicht gerade abgekratzt waren, mit kleinen Schuppenhügeln bedeckt. Sie entsprachen topographisch den Erhebungen der gewöhnlichen Cutis anserina. Dies wurde noch deutlicher durch den Umstand, dass rund um die rothen Exanthemflächen eine Areola von blasser Gänsehaut an einigen Orten permanent bestand, an anderen beim geringsten Kratzen sofort reflectorisch hervorgerufen werden konnte. Nirgends war eine Umwandlung der Papeln in Bläschen zu entdecken, nirgends hatte der kratzende Finger etwas Anderes zu Wege gebracht, als eine leichte Abschilferung. Da Eczema papulosum somit auszuschliessen war, konnte es sich nur um einen acut entstandenen *Lichen ruber acuminatus* handeln. Ich verordnete eine beständige Bedeckung mit Mullcompressen, die mit einer Mischung von gleichen Theilen Bleiwasser und Thonerdeessig und etwas Glycerin getränkt wurden. Unter denselben verschwand die Hitze und das Jucken bald, allmälig nahmen die Papeln an Höhe und Röthe

[1]) Monatshefte für praktische Dermatologie, 1881, Heft 1.

ab, die zeitweilig zurückkehrenden Anfälle von intensivem Juckreiz wurden täglich seltener, und am 13. Januar, eine Woche nach der Tag und Nacht durchgeführten Behandlung, konnte ich die Patientin geheilt entlassen. Sie blieb noch etwa 6 Wochen in Hamburg, besuchte ohne jede Rücksicht auf die durchgemachte Krankheit Diners, Bälle etc. ohne schädliche Folgen, bis plötzlich Anfangs Februar ein symmetrisch liegendes kleines Recidiv dicht am Handgelenk auf beiden Vorderarmen auftrat, welches unter dem Gebrauche einer Mischung von Bleiessigsalbe und Zinksalbe nach 4 Tagen verschwand. Ich gab der Patientin, welche bis dahin noch kein Arsenik genommen hatte, aus Vorsicht asiatische Pillen zu eventuellem Gebrauche bei Recidiven mit auf die Reise, hörte jedoch später von dem ferneren Wohlbefinden derselben.

Ich habe diesen Fall als den Typus eines sehr leichten, uncomplicirten Lichen ruber acuminatus vorangestellt. Was am meisten auffällt, ist der acute, bis jetzt noch wenig beschriebene Beginn und der offenbar durch die Behandlung günstig beeinflusste rasche Verlauf. Er beweist zugleich, dass die Heilung hin und wieder allein mit Essigpräparaten durchgeführt werden kann, wenn sie nur bald nach dem Beginn anfängt und consequent fortgesetzt wird. Auch sonst habe ich mehrfach den guten Einfluss von essigsaurer Thonerde auf Lichen acuminatus constatiren können. Die Form des Exanthems war so typisch, dass sie mit nichts eine Verwechselung zuliess. Das einzelne Knötchen bezeichnete ich seiner Zeit als senfkorngross, da hirsekorngross mir nicht passend erschien und will sofort hinzufügen, dass die seit Hebra gewohnheitsgemäss geführte Bezeichnung der Lichen acuminatus-Papeln als «hirsekorngross» nicht zutreffend ist. Die grössten Papeln haben höchstens die Grösse von Senfkörnern (2½ Mm. Diam.), oft aber — und in zierlichster Regelmässigkeit — nur die von kleinsten Rübsamenkörnern (1½ Mm. Diam.). Da für die Lichenform nebenbei die Grösse charakteristisch ist, so muss ich selbst auf diesen Umstand Werth legen, um später jede Verwechselung zu vermeiden. Die Flecke des Lichen planus entstehen hin und wieder aus kleinen Papeln, die noch viel kleiner sind als Acuminatuspapeln, etwa nur ½ Mm. im Durchmesser halten und sich auch sonst im Ansehen durchaus von Acuminatuspapeln unterscheiden. Das absolut Charakteristische der Acuminatuspapeln ist das Schuppenhügelchen auf der nicht abgeplatteten Erhebung und der Sitz am Ausgange eines Haarbalgs. Häufig findet man noch ein Lanugohäärchen in der Schuppe. Zu den Schweissporen lässt diese Form der Papeln keine Beziehung erkennen.

II. W. E. M., ein 62jähriger, hoher Staatsbeamter von robustem Körperbau, gesunder Vergangenheit und Familie. Der Patient ist im Trinken mässig, aber den Freuden der Tafel sehr zugethan und kein Freund von Bewegung, wodurch sich in den letzten Jahren ein starker Embonpoint bei ihm entwickelte und seit 10 Jahren regelmässig jedes Jahr Gichtanfälle zeigten. Während des ganzen Winters 1881—1882 befand sich Pat., ohne dass ein Gichtanfall wieder auftrat, nicht recht wohl. Anfangs Januar 1882 begann ein intensives Jucken, zunächst am rechten Bein, bald darauf an den Handgelenken und der Dorsalfläche der Vorderarme, schliesslich am Gesicht und Rumpf. Die Haut röthete sich immer mehr, wurde immer dichter mit kleinen Knötchen besetzt und schuppte schliesslich in mässigem Grade, nässte aber am rechten Unterschenkel. Von Mitte Februar bis Anfangs März musste der rastlos thätige Beamte sogar das Bett hüten, da sich unter dem beständigen Jucken Schlaf- und Appetitlosigkeit einstellte. Hin und wieder soll Fieber vorhanden gewesen sein, was wohl auf die beim Lichen acuminatus so häufigen Frostschauer zu beziehen sein wird. Die Abnahme des Körpergewichtes betrug in 3 Monaten 50 Pfund. Der Patient liess sehr viel stark sedimentirenden Urin ohne Zucker und Eiweiss. Die Gemüthsstimmung war sehr deprimirt. Als der Pat. am 12. April in meine Klinik trat, musste ich auf den ersten Blick die mir mitgetheilte Diagnose eines Eczems in *Lichen ruber* umwandeln. Der ganze Körper, das Gesicht und den behaarten Kopf mit eingeschlossen, gab mir zum ersten Male denselben Eindruck wieder, unter welchem F. Hebra seinerzeit (I. Auflage) von allen Lichenfällen das schlimme Gemälde des Lichen ruber überhaupt entworfen hat. Die Gesammtdecke war durchweg matt grauroth, mit feinem Schilfer bedeckt. An einigen Stellen scheinbar glatt, liess sie bei genauer Betrachtung eine Unzahl feiner rother Hügelchen erkennen, die mit kleinen Schuppen bedeckt waren. Wo die Haut nicht so durchweg roth, sondern noch normal gelblich gefärbt war, traten die rothen Papeln deutlicher und grösser, wie eine rothe Gänsehaut hervor. Die unteren Partieen des Körpers waren noch dunkler grauroth gefärbt und die kratzenden Finger zogen auf der rothen Fläche breite, weisse Streifen von sich lösenden Schüppchen. An beiden Unterschenkeln waren Phlebectasien und eine chronische lymphatische Stauung mit Verdickung und Verhärtung der gesammten Cutis vorhanden, besonders am rechten. Hier war demgemäss das Krankheitsbild auch mit einem durch Stauung und Kratzen verursachten Eczeme complicirt. Im Gesichte waren keine Papeln, sondern nur eine einfache Pityriasis mit flecken- und streifenweiser Röthung zu sehen, besonders um die Augen herum, in der Nasolabialfurche, an der Grenze des Backenbartes und des Stirnhaares, hier in eine gleichmässige Pityriasis capitis übergehend. Der Charakter der Papeln trat am deutlichsten am Handrücken und Vorderarm hervor. Sie gehörten sämmtlich zur klein-papulösen, acuminirten Form, waren hochroth gefärbt, nicht durchscheinend, spitz konisch zulaufend und mit einem Schüppchen gekrönt. Ueber sie hinstreichend gewann man den Eindruck eines Reibeisens. Dieser primitive Charakter der Affection war aber nur an den wenigsten Stellen noch vorhanden. Viel mehr Stellen zeigten flachere, kaum wahrnehmbare Papeln auf geröthetem Boden, und wo die Röthung und Infiltration der Papillarschicht am intensivsten war, trat der papulöse Charakter ganz zurück: diese letzten Stellen glichen zum Verwechseln einer Pityriasis rubra. Eine diffus bräunliche Pigmentirung machte sich besonders an vielen Stellen der unteren Körperhälfte, so an den Innenflächen der Oberschenkel geltend, wenn die Haut zeitweise blasser war und verschwand, sobald durch Jucken und Kratzen eine Hyperämie hervorgerufen wurde, unter der scharlachfarbigen Röthe. Es wurde sogleich mit der von mir angegebenen strengen Sublimat-Carbol-Schmiercur (Ung. zinci 500,0, Acid. carbol. 20, Subl. 0.5) im Bette begonnen und dadurch dem Patienten seit langer Zeit die erste ruhige Nacht geschaffen. Successive verschwanden das Jucken, die Hautröthe und das Schuppen. Auch am Kopfe und Gesicht wurde die Salbe in schwächerem Grade eingerieben und eben so gut, wie auf dem übrigen Körper vertragen. Mit der localen Besserung ging die des Allgemeinbefindens Hand in Hand. In der zweiten Woche stand der Patient mehrere Stunden des Tages auf, um die frische Luft zu geniessen, ohne dass die Schmiercur unterbrochen wäre. Am Ende derselben waren Kopf, Rumpf und die oberen Extremitäten mit Ausnahme der Hand bereits ziemlich wieder zur Norm zurückgekehrt. Hartnäckiger erwiesen sich die Beine und Hände, indem auf dem Handrücken und auf der verdickten Haut der Beine häufig kleine Nachschübe von primitivem Lichencharakter auftraten. In der 4. Woche hatte ich die Genugthuung, den wesentlich gebesserten Patienten meinem zum Besuche anwesenden Freunde H. Hebra vorstellen zu können, welcher, trotzdem vom Lichen wenig mehr zu sehen war, schon aus der charakteristischen Pigmentirung der befallenen Stellen prima vista die Diagnose: Lichen *ruber zu stellen* vermochte. In der 4. und 5. Woche wurde die Cur in wesentlich beschränkter Form fortgesetzt und die Hauptsorge der verdickten Haut des rechten Unterschenkels gewidmet, welche trotz der Phlebectasieen und Neigung zu Eczemen die Zinksublimatsalbe vorzüglich vertragen hatte. An einigen verhärteten Hautpartien wurden hier, statt der Salbeneinreibung, Stücke eines Zink-Sublimat-Carbol-Pflastermulles applicirt und Bindeneinwickelungen vorgenommen. Allgemeinerscheinungen von Seite des Sublimates waren während der ganzen Zeit nicht aufgetreten; übrigens wurden fleissig Adstringentia für die Mundschleimhaut gebraucht. Carbolurin trat bereits in der ersten Woche und später mehrmals auf und verschwand trotz des Fortgebrauches der Cur von selbst wieder. Als in der 2. Woche die Besserung bereits erhebliche Fortschritte gemacht hatte, liess ich nebenher asiatische Pillen nehmen, ganz langsam jede Woche um 1 Pille steigend, so dass der Patient am Schlusse der Cur erst drei Pillen täglich einnahm. (Acid. arsen. 0,5, Muc. Gum. Mimos. 1,5, Pip. nigr. 12,0 f. pil. № 100). Diese relativ sehr geringe Dosis von 0,015 Arsenik mag die 3 Wochen später erfolgte definitive Heilung befestigt haben, herbeigeführt hat sie dieselbe *sicher nicht*. Auf Hebra's Rath wurde dem Patienten in demselben Sinne als Nachcur Arsenik mit Eisen gegeben: Ferri oxyd. dialys. 5,0, Aq. destillata 100,0, Syr. cort. aur. 15,0, Sol. Fowleri gtt. 30; 2—3 Esslöffel täglich, als derselbe am 14. Mai nach 4½ wöchentlichem Aufenthalt geheilt die Klinik verliess. Später hatte ich Gelegenheit, den Pat. wieder zu sehen. Es hatte sich am rechten Unterschenkel und den Vorderarmen ein localisirtes Eczem eingestellt, welches nach dem Gebrauche von Zink-Carbol-Salbenmull zur Heilung gebracht wurde. Dagegen war und blieb der Lichen verschwunden. Arsenik war um diese Zeit bereits ausgesetzt. In den 2 seitdem verflossenen Jahren litt der Pat. auch nicht mehr an Gichtanfällen und Verdauungsstörungen, dagegen häufig an Anfällen von Athemnoth, Druck und Beklemmung auf der Brust, welche sein Hausarzt Dr. Sch., dem ich diese letzten Notizen verdanke, auf eine fettige Entartung des Herzens zurückführte. In einem solchen Anfalle verstarb der Kranke kürzlich.

Dieser zweite Fall kann als ernsteres Gegenstück zum ersten gelten und bietet zugleich das typische Bild eines einfachen Lichen acuminatus, welcher längere Zeit sich selbst überlassen geblieben oder mit unzureichenden Mitteln behandelt worden ist. Derartig und noch hochgradiger müssen die ersten 13 Fälle von Hebra sen. gewesen sein (I. Aufl.), die unter seinen Augen letal endigten, als

er ihre Behandlung antrat. Hätte er damals schon so kurz bestehende, leichte Fälle, wie unsern ersten (I.) gekannt, so wäre das Colorit seiner ganzen Darstellung wohl wesentlich gemildert worden. Dieser zweite Fall gehört trotz seiner Schwere noch zu den uncomplicirten, denn das Stauungseczem des Unterschenkels veränderte den Verlauf des Falles nicht wesentlich und liess sich leicht aus dem Rahmen des Lichen herausheben. Die Wirksamkeit der Carbol-Sublimat-Schmiercur war ganz evident, obgleich der Fall nicht als Beweisstück gelten kann, da etwas Arsenik par complaisance nebenher gegeben wurde. Aber 6 reine Fälle von dieser Behandlungsmethode hatten mich genugsam von ihrer Güte überzeugt, so dass ich nicht anstand, mich in diesem hochgradigen Falle ihr von vornherein anzuvertrauen. Von Interesse war es dabei zu sehen, dass die zugleich an Eczem und Lichen leidenden Hautpartieen die Sublimatsalbe sehr gut vertrugen, während ein einfaches Eczem durch dieselbe sicher verschlimmert worden wäre.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Complication von Herpes Zoster occipito-collaris mit schwerer peripherer gleichseitiger Facialisparalyse.

Von
E. Voigt.
St. Petersburg.

Nachdem ganz neuerdings von Curschmann und Eisenlohr[1]), Dubler[2]), Lesser[3]) anatomische Beiträge geliefert worden sind, welche peripherische, perineuritische oder neuritische Alterationen sensibler Hautnerven bei Integrität der Spinalganglien und des Rückenmarkes als Basis des Herpes Zoster nachgewiesen, dürfte folgender Fall ein gewisses casuistisches Interesse bieten[4]).

Arbeiter K., 44 J. alt, kommt am 14. Septbr. zur Aufnahme. Am 9. Septbr. erkrankte er mit Schmerzen am Hinterhaupte, in der linken seitlichen Halsgegend, in der Fossa auriculo-mastoidea und im Gesichte. Schon an diesem Tage sollen einige kleine rothe Flecken an den schmerzhaften Stellen sichtbar gewesen sein.

Am 11. Septbr. erwacht er mit einem schiefen Gesicht und am folgenden Tage besteht der gegenwärtige Grad der Lähmung. An demselben Tage stellte sich bitterer Geschmack an der linken Zungenhälfte, Schwerhörigkeit und Sausen vor dem linken Ohre ein.

Bei seiner Arbeit als Kesselreiniger ist er häufig jähem Temperaturwechsel ausgesetzt, kann aber für die jetzige Affection keine bestimmte Erkältungsgelegenheit angeben. Vor 6 Jahren hat er an einer Pleuritis gelitten. Lues ist ausgeschlossen.

St. praesens. Vollständige linkseitige Facialisparalyse mit Lagophthalmus ohne Ektropion, das Velum palat. hebt sich gleichmässig, deviirt nicht beim Phoniren. Sprache gut. Schling- und Schluckbeschwerden fehlen. Bei der galv. Geschmacksprüfung kein Unterschied auf beiden Seiten, dagegen aber bestimmte Angaben über pappigen Geschmack an der linken Zungenhälfte. Taschenuhr auf 1. Zoll nicht hörbar. Knochenleitung erhalten. Die otiatrische Untersuchung ergiebt zunächst die Anwesenheit eines Ceruminalpropfes und nach Entfernung desselben chronischen Mittelohrcatarrh mit hyperaesthetischer Formel und paradoxe Reaction. Auffällig ist die Angabe des Patienten, dass er die Musik, besonders die hohen Töne, wie doppelt höre und wenn laut gesprochen wird er zwei Stimmen vernehme.

[1]) Deutsches Archiv für klin. Medicin 1884. Bd. 34, pag. 409.
[2]) Virchow's Archiv Bd. 96. Ueber Neuritis bei Herpes Zoster.
[3]) Weitere Beiträge zur Lehre vom Herpes Zoster. Virchow's Archiv Bd. 93, 3. Heft. 1883.
[4]) Diesen Fall verdanke ich der Güte des Herrn Privatdocenten Dr. Remak in Berlin, in dessen Poliklinik er zur Beobachtung kam und mir zur genauen Untersuchung gütigst überlassen wurde.

Exquisite frische Herpes-Eruption in Gruppen linkerseits in der Breite von 2—3 Cent., dem vorderen Cucullarisrande folgend, am Halse bis zur Höhe des Schildknorpels. Im oberen Theile überschreitet die Eruption den Cucullarisrand, nimmt die linke oberste Nackenpartie ein und reicht in die linke behaarte Hinterhauptgegend. Einige Bläschengruppen am obersten Theile des M. sternocleidomastoideus, im Bereiche des rasirten Bartes, in der Unterkinngegend und ausserdem eine $2^1/_2$ Cent. lange Gruppe von Herpesefflorescenzen an der Wange entsprechend dem Alveolarrande des Unterkiefers, welche nach hinten mit dem vorderen Rande des Masseter abschneidet. So weit der Bart reicht, ist die linke Gesichtshälfte des Patienten auch jetzt noch empfindlich und hat deshalb das Rasiren in den letzten Tagen unterbleiben müssen.

Die objective Untersuchung der Sensibilität ergiebt innerhalb des Bereiches des Zoster in der ganzen linken unteren Gesichtshälfte eine relative Analgesie im Vergleich zur anderen Seite. Mit der Erb'schen Elektrode für elektrocutane Sensibilitätsprüfung tritt an der Wange Schmerzempfindung auf:

Rechts bei — 5 Millim. Rollenabstand[5]).
Links » — 15 » »

Unterhalb des Unterkieferrandes, wo die Efflorescenz frischer zu sein scheint, besteht dagegen links Hyperaesthesie, Hyperalgesie sowol für Nadelstiche, als bei der elektrocutanen Prüfung mit der Erb'schen Elektrode.

Tastercirkel beiderseits gleich.

Faradische Prüfung des Facialis am 14. *Septbr.*:
Am r. Facialis Minimal-Contraction bei + 25 Millim.
Am l. » » » + 10 »

Am 15. *September*:
Am r. Facialis Min.-Contr. bei + 23 Mill.
Am l. » » » » + 9 »

Die Untersuchung der einzelnen Facialisäste ergiebt einen Unterschied von durchschnittlich 12 Mill. Rollenabstand zu Ungunsten der linken Seite.

An den darauf folgenden Tagen nahm die Nervenerregbarkeit für den faradischen Strom gradatim ab, so dass die Rollenabstandsdifferenzen durchschnittlich 20 Millim. betrugen.

Galv. Prüfung des Facialis am 14. *September:*
Am r. N. frontalis KSZ bei 2 Milliampère.
Am l. N. » KSZ » $3^1/_2$ »

An den darauf folgenden Tagen sank die galv. Erregbarkeit des Nerven bis auf 10 Milliampère KSZ mit derselben Elektrode wie früher.

Am 19. Septbr., also genau 8 Tage nach Beginn der Lähmung war die Nervenerregbarkeit für die anwendbaren Stromstärken beider Stromesarten aufgehoben. Damit vollständig parallel verlief die Muskelerregbarkeit bis zum 24. Septbr., an welchem Tage zuerst Entartungsreaction auftrat, Anfangs bei derselben Seite, am 27. erhöhte EaR. links.

Rechts bei 2 Milliamp. KSZ.
Links bei noch nicht 1 Milliamp. KSZ.
Gleichzeitig erhöhte mechanische Erregbarkeit.

Während die Facialislähmung nun stationär blieb, ist der Zoster bis zum 27. zugleich mit dem Nachlass der spontanen Druckschmerzen fast vollständig abgetrocknet.

Die objective Hyperaesthesie der linken Inframaxillargegend hat einer relativen Anaesthesie Platz gemacht.

Elektrocutanes Gemeingefühl r. bei 0 Millim.
» » l. » 3 »
Schmerzgefühl r. bei — 12 Mill. Rollenbestand.
» l. bei — 23 » »
Tastercirkel r. 14 Mill., links 20.

[5]) Als negativer Rollenabstand wird die Deckung der Rolle, als positiver die wirkliche Entfernung beider Rollen von einander bezeichnet.

Epikrise. Es handelt sich hier also um einen Fall von frischer schwerer Facialisparalyse mit dem charakteristischen Ablauf der elektrischen Symptome.

Die neuritische Erkrankung des Facialis können wir fast mit mathematischer Sicherheit nach der Betheiligung des Geschmacks und Gehörs und der Nichtbetheiligung des Velum palatinum an die Stelle zwischen dem Abgange des Nerv. petrosus superf. maj. und stapedius innerhalb des Canalis fallopii verlegen.

Die Hauptaffection characterisirt sich als Zoster occipito-collaris Bärensprungi oder als Zoster nuchae et colli Hebra und folgt den Verbreitungen der sensiblen oberen Halsnerven, des Occipitalis magn. und zum Theil des 3. Astes des Trigeminus, in welchem Nervengebiete zum Theil auch Sensibilitätsstörungen nachgewiesen wurden.

Da durch die oben erwähnten Arbeiten gezeigt worden ist, dass der Zoster nicht nothwendig an Erkrankungen der Spinalganglien geknüpft ist, sondern lediglich von localen Erkrankungen sensibler Nerven abhängen kann, so dürfte auch in unserem Falle bei der Complication mit Facialislähmung eine neuritische Erkrankung benachbarter Nerven verschiedener Function an der gleichen Gesichts-, Nacken- und Halsseite auf refrigeratorischer Basis wahrscheinlich sein. (Vergleiche E. Remak Artikel Neuritis der Realencyclopaedie der gesammten Heilkunde. Band IX, Seite 580—593. 1881).

Die Therapie bestand in der stabilen Galvanisation der Austrittsstelle des Facialis und der Proc. transversi der oberen Halswirbel und später in der gewöhnlichen stabilen und der labilen Methode im Bereiche der gelähmten Muskeln mit gutem Erfolg für die ursprünglichen Schmerzen und das Gehör, selbstredend aber mit sehr geringem Erfolge für die Facialislähmung, da bei der schweren Form eine Besserung nicht vor 6 Monaten zu erwarten ist.

Den 8. October 1884.

Referate.

W. Aljanski: Der Einfluss spitzer verschluckter Knochen auf die Magendarmschleimhaut von Hunden. (Wratsch. №№ 20—24).

Bekanntlich verfügen wir über eine bedeutende Casuistik bezüglich verschlukter Gegenstände, die theils wenig verändert per anum abgegangen, theils durch Reizung und Verletzung den Tod herbeigeführt. Vf. hat nun die Frage, wieweit verschluckte Knochen die Magenschleimhaut reizen und in welcher Weise sie selbst Veränderungen unterliegen an Hunden experimentell geprüft durch Verfütterung einer grossen Anzahl verschiedener Knochenstücke. 4 der dazu benutzten Hunde wurden nachher secirt. Auf Grund dieser Experimente kommt Vf. zu folgenden Thatsachen.

1) Knochenstücke von 7 Mm —7 Ctm. Länge und 4 Mm.—2 Ctm. Breite fügen der Schleimhaut der Verdauungswege keinerlei Schaden zu, so spitz und viel kantig sie auch seien. Dieses bewiesen auch die Sectionen.

2) Wägungen und Messungen der Knochenstücke vor dem Verschlingen und nach dem Austritt per anum ergaben, dass sie stets in kleinerem Umfange und verringertem Gewichte den Körper verlassen und zwar kann das Gewicht bis 46 Mal, die Länge bis 12 Mal kleiner werden. Nicht alle Knochen, die verschluckt werden, gehen per anum ab, zuweilen schwindet die Hälfte der verfütterten Knochenstücke innerhalb der Verdauungswege vollständig, sogar Stücke von 14 □Ctm. und 227 Gran Gewicht. Während Gewicht und Grösse sich änderen, so bleiben Consistenz und Schärfe der Ränder meist unbeeinflusst.

3) Kleine Knochenstücke halten sich im Magen, wie im Darm nur kurze Zeit auf, grössere Stücke bleiben länger als 1 Tag im Magen. Durchschnittlich bleiben die Knochenstücke 1—4 Tage im Körper der Hunde.

4) Bei keiner einzigen Section fand man, dass sich Knochenstücke in irgend welchen Falten oder Windungen des Darms festgesetzt hätten, wie dieses nach Nussbaum beim Menschen so häufig geschehen soll.

Wie kommt es nun, dass die Knochen in diesen Versuchen nirgends Reizerscheinungen hervorgerufen? Vf. erklärt dieses dadurch, dass sie im Instestinaltractus sofort eine reflectorische vermehrte Schleimsecretion der Mucosa hervorrufen und nun in Schleim gehüllt, leicht weitergleiten. Obgleich nun Vf. seine Versuche nicht direct auf den menschlichen Körper übertragen wissen will, so meint er doch, dass es in demselben den Knochenstücken ähnlich geht, wie beim Hunde und die bei Weitem grösste Zahl von Knochenstücken dem Körper keinen Schaden bringen. P.

M. Rendu: De la paralysie infantile. (Gaz. des hôpitaux. 1884. № 71.

Nach einer längeren Auseinandersetzung über das anatomische Substrat der Kinderlähmung, (wobei nur französische Forscher Berücksichtigung finden), welche Verf. im Wesentlichen als eine einfache Atrophie der nervösen Elemente in den Vorderhörnern bezeichnet, giebt er folgende Rathschläge für die Behandlung:

Hat man Gelegenheit den ersten Beginn der Erkrankung vor sich zu sehen, so sind Ableitungen längs der Wirbelsäule, Schröpfköpfe, Vesicantien, indicirt. Ist die Krankheit nach 10—14 Tagen stationär geworden, so kann ein Versuch mit der Faradisation gemacht werden; allein vorsichtig, mit schwachem Strom und grösseren Intervallen, namentlich bei kleinen Kindern. Von innern Mitteln passen jetzt Calomel und Ergotin.

In der chronischen Periode ist eine energische, häufig und andauernd ausgeführte Faradisation vorzuschreiben, welche jahrelang geübt werden muss. Intern kann Phosphor (als Zinkphosphür bis 10—16 milligr. pro die) und Nux vomica zur Anwendung kommen. Nebenbei Massage und Bäder mit Schwefel. —e.

Gibney: Die Behandlung der Ischias mit starken galvanischen Strömen. (New-York Medic. Record, May 31, 1884).

Verf. betont die Nothwendigkeit einer genauen Diagnose der Affection, wozu auch die, vom Kranken während des Galvanisirens empfundenen, im Verlaufe des Nerven abspielenden Parästhesieen dienen. Er bestimmt die Lage des Ischiadicusstammes gleich nach seinem Austritt aus dem Foramen sacroischiadicum in der Weise, dass er den Daumen seiner Hand auf die hervorragendste Stelle des Trochanter major, den Mittelfinger auf die Spitze des Tuber ischii legt und dann den Zeigefinger streckt, wobei unter der Kuppe dieses letztern der Nerv gefunden wird; ein tiefer Druck bringt dann eigenthümliche Sensation in den Verzweigungen des Ischiadicus hervor, zuweilen muss der Zeigefinger etwas nach rechts oder nach links verschoben werden. Auf diese, mit irgend einem Zeichen versehene Stelle wird die Anode fest aufgedrückt, die Kathode auf irgend einen Druckpunct im Verlaufe des Nerven aufgesetzt und dann mit dem Strome eingeschlichen, bis die erwähnten Empfindungen im Nerven auftreten; ohne diese ist die Behandlung unwirksam. Dauer der Anfangs täglich vorzunehmenden Sitzung 10—15 Minuten. Verf. will nie einen Misserfolg gesehen haben und formulirt seine Erfahrungen in folgenden 4 Sätzen:

1) Es muss erkannt werden, ob im vorliegenden Falle *die Ischias* eine rheumatische oder idiopathische ist; erstere wird *durch faradische* oder statische Elektricität geheilt, durch *die galvanische* verschlimmert.

2) Es müssen tägliche 10—15 Minuten lang dauernde Sitzungen an dem genau in den Strom gebrachten Nerven gemacht werden.

3) Leclanché'sche Elemente geben die besten Resultate (?)

4) Tritt nach etwa 6 Sitzungen keine Besserung ein, so muss die Diagnose verificirt werden. Hz.

A. Hommel: Die Cholera-Immunität der Thiere. (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerz. 1884. № 16.)

Die auffällige Erscheinung des Nichtvorkommens der Cholera bei höchst entwickelten Thieren führt Verf. auf die abweichende Beschaffenheit ihres Magensaftes zurück. Dieser enthält nach Bidder und Schmidt, ausser einem wesentlichen Plus an organisirten Bestandtheilen (Pepsin etc.), bei Hunden 16½ Mal, bei Schafen aber 6 Mal mehr Salzsäure als beim Menschen und ist gerade in diesem, die Verdauungskraft mächtig erhöhenden Ueberschuss das Immunitätsagens zu suchen. Der mit Speise und Trank aufgenommene Cholerabacillus würde auch im thierischen Darme (mit seinen alcalischen Secreten) üppig wuchern, wenn er nicht bereits im Magen durch die, nach Koch auf ihn als heftiges Gift wirkende, Salzsäure zerstört worden wäre. Die Salzsäure im Magensaft zu vermehren und zu erhalten gelingt dem Thiere wohl besonders durch die reichliche Zufuhr geformter Nahrungsmittel und die verhältnissmässig geringe Aufnahme von Getränk; der beständige Genuss von grossen Quantitäten noch anderer Flüssigkeiten als Wasser (Kaffee, Thee, Suppe, Bier, Wein), ist nur dem homo sapiens eigen und dürfte dazu dienen, den Magen auszuschwemmen und ihm die Möglichkeit zu nehmen, den eingeführten Bacillus durch Verdauung zu vernichten.

Verf. zieht aus diesen Betrachtungen folgende Nutzanwendung für die Prophylaxis der Cholera: 1) dem *normalen* Magen sei zu jeder Zeit der nöthige Salzsäuregehalt durch reichliches Salzen der Speisen oder directen Genuss von Salz (wodurch dem Blute die Chloride und dem Magen deren Spaltungsproduct gewahrt blieben) zu sichern, 2) dem anormalen *säurearmen* Magen werde sowohl Salz als verdünnte Salzsäure zugeführt, während 3) der anormale *säureüberproducirende* Magen beides nicht nöthig hätte und 4) viel Getränk überhaupt zu verbieten sei. Da die mässige Anwendung von Salz und Salzsäure (von ersterem liess Verf. als in Zürich der Typhus, eine sich ebenfalls im Darm localisirende Krankheit, gegen welche die Thiere wohl aus denselben Gründen wie bei der Cholera immun sind, herrschte, täglich 3—4 Messerspitzen, von letzterer 3 Mal zu 5 Tropfen mit Wasser scheinbar sehr erfolgreich nehmen) dem Organismus jedenfalls keinen Schaden bringt, so können sie,

ausser Reinlichkeit, Desinfection etc., zum Versuche empfohlen werden. F—t.

Julian J. Chisolm: Artificieller Strabismus betreffs Sehverbesserung. (The Medical Bulletin. № 8. 1884).

Vrf. stellt sich ein junger Mensch von 28 Jahren vor, der vor 27 Jahren eine Opththalmie durchgemacht hat. Dabei war ihm das rechte Auge total verloren gegangen. Vom linken Auge waren die unteren drei Viertel der Cornea opak und mit der Iris verwachsen. Der übriggebliebene Theil stellte eine kleine, runde und gutgestaltete Pupille dar, gleichsam nach einer gelungenen Iridectomie. Dieser Theil wurde vom Augenlide bedeckt, und konnte Pat. nur sehen, wenn er das Augenlid mit der Hand hob, eine unbequeme Manipulation. Pat. bittet Vrf., ihm zum Sehen zu verhelfen, ihm etwa das Augenlid kürzer zu machen. Vrf. verfällt auf die Tenotomie der Rectus superior und macht sie beim Pat. in Narcose mit gewünschtem Erfolge. Der Pupillenrest erlangte die gewünschte Centrallage, und des Pat. Sehvermögen ist gebessert und «verspricht es dauernd zu sein.» N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

W. v. Reichard (Riga): Luft, Licht und Schall in Bezug auf Schulhygiene. Riga, N. Kymmel. 1884. 96 Seiten nebst 1 Tafel Abbildungen.

Unter diesem bescheidenen Titel giebt uns der Vf., ein Mann, der Jahrzehnte hindurch reiche Erfahrungen als Schularzt gesammelt, ein reiches Material, welches zum ernsten Nachdenken anregt. Das Gebiet der Schulhygiene wird erst in jüngster Zeit in Russland mehr cultivirt und da ist denn die vorliegende Arbeit von besonderem Werthe. Als besonderes Verdienst des Vf. möchten wir hervorheben, dass er auf den *Mangel an Schulgesetzen in Russland* hinweist und folgende Forderungen hinstellt: 1) «Für die Schulhygiene müssen positive Gesetze der Staatsregierung mit präcisirten Anforderungen und strenger Ueberwachung ihrer Vollführung gegeben werden.

2) Die Sorge und Pflege für Schulhygiene soll einzig nur Aerzten, als den allein für das leibliche Wohl der Schuljugend competenten Wächtern anvertraut werden, die unabhängig von speciellen Schulvorständen dastehend, für ihre, das leibliche Wohl der Schüler betreffenden, Forderungen der Staatsregierung, und einzig allein nur dieser, unterstellt sein müsse.

Soviel uns bekannt, ist es das erste Mal, dass ein Arzt so klar und offen mit der Forderung hervortritt, dass für das leibliche Wohl der Schuljugend der Staat eintrete und zu unserer Freude können wir hinzufügen, dass Reichhard's Schrift bei den competenten Personen unseres Medicinalrathes eine sehr günstige Aufnahme gefunden hat. Erhalten wir also Gesetze bezüglich der Schulhygiene, so ist es das Verdienst R's, diese Frage angeregt zu haben.

Die vorliegende Schrift ist für weitere Kreise bestimmt, nicht nur für Schulmänner, sondern auch für alle gebildeten Eltern, es wird jedoch auch jeder Arzt das Büchlein mit Vergnügen und nicht ohne Nutzen lesen. In klarer, anziehender Weise legt Vf. die Bedeutung des Lichtes, der Luft und des Schalles für die Gesundheit der Schulkinder dar, wobei er sich vielfach auf eigene Beobachtungen stützt. Namentlich möchten wir auf das Capitel über den Schall aufmerksam machen. Vf. hat an 1055 Kindern in 16 Elementarschulen Gehörmessungen angestellt und gefunden, dass nur bei 10% auf beiden Ohren gleich gut gehört wurde, meist hörte das linke Ohr besser. Verringertes Gehörvermögen fand Vf. bei 22,2%. Wie oft mögen Kinder für Unaufmerksamkeit bestraft werden, wo der Grund nur in verschlechtertem Gehör liegt. Sehr instruktiv sind auch die Zahlen über den Kohlensäuregehalt der Luft der Rigaer Elementarschulen, zu Beginn, im Laufe und gegen Ende der Schulstunden.

Wir können nicht umhin, unseren Collegen das Reichard'sche Buch auf's Wärmste zu empfehlen und hoffen, dass es bald einen Uebersetzer ins Russische finden möge. P.

C. Litzmann: Die Geburt bei engem Becken. Breitkopf & Härtel, Leipzig, 1884.

Die Frucht einer langjährigen Arbeit liegt uns in dem umfassenden Werk von L. «die Geburt bei engem Becken» vor. Während der erste Theil derselben bereits vor 23 Jahren in der Form von 4 Vorträgen: I. Ueber die Erkenntniss des engen Beckens an den Lebenden, II. Ueber den Einfluss des engen Beckens auf die Geburt im Allgemeinen, III. Ueber den Einfluss der einzelnen Formen des engen Beckens auf die Geburt, und IV. Ueber die Behandlung der Geburt bei engem Becken, in Volkmann's «Sammlung klinischer Vorträge» erschienen war, reihen sich hieran jetzt noch 3 Vorträge «über die Geschichte der Geburt bei engem Becken», und endlich eine Serie von 132 vom Verf. und seinem Assistenten an der gynäkologischen Klinik zu Kiel beobachteten Fällen über Geburten bei Beckenenge.

Das umfangreiche Werk (es umfasst im Ganzen 738 Seiten) ist wohl mit Recht das erste und vollständigste auf dem einschlägigen Gebiet zu nennen, das dem Geburtshelfer in allen concreten Fällen Auskunft und Rath zu ertheilen im Stande ist.

Was die Aetiologie des engen Beckens anbetrifft, so sei hervorgehoben, dass L. besonderes Gewicht beim Zustandekommen dieser Anomalie auf den «Druck der Rumpflast» legt, und dass nach seiner Ueberzeugung gegen diesen die Wirkungen des Muskel- und Bänderzuges bedeutend zurücktreten.

Die beigegebenen Krankengeschichten liefern einen schönen Beweis von des Autors Gewissenhaftigkeit und Freimuth. In keinem der etwa durch Kunstfehler bedingten schlimmen Ausgängen versucht L. eine Beschönigung seines Verfahrens, sondern gesteht frei und offen den begangenen Irrthum zu.

Wir können daher dem Werk nur eine möglichst grosse Verbreitung unter den Collegen — besonders aber den *Geburtshelfern* wünschen, denn dasselbe hält im vollsten Sinne des Wortes das, was es verspricht, nämlich eine ausführliche und eingehende Besprechung aller Umstände, die uns bei der «Geburt bei engem Becken» entgegentreten. S.—

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. April 1884.

1. Vor Eintritt in die Tagesordnung referirt Dr. Stavenhagen über einen Fall von *Cataracta nigra*. Demonstration des ca. 70jährigen Pat. und von Theilen der extrahirten Linse. Unter ca. 500 Fällen von Cataract, die Dr. S. beobachtete, ist dies die erste C. nigra. Die von Graefe vertretene Ansicht, die dunkele Färbung der Linse rühre von dem Vorhandensein von Blutfarbstoff her und stände mit Blutungen in die Augenhäute im Zusammenhang, konnte für diesen Fall nicht bestätigt werden, obgleich — da umfangreiche Blutungen in den Augenhäuten und Glaskörpertrübung vorhanden war — gerade zu solchem Nachweis der Fall geeignet schien. Weder die mikroskopische, noch die chemische und spektroskopische Untersuchung der Linse ergab hierfür Anhaltspuncte.

Dr. Mandelstamm will den vorliegenden Fall eher als «ambrafarbigen» Staar bezeichnen.

Dr. Stavenhagen weist auf die dunkelrothe Färbung des Präparats hin, welche zu dem üblichen Ausdruck C. nigra berechtige.

2. Dr. Treymann verliest seinen Vortrag: «die *Recurrens-Epidemie* im Allg. Krankenhause 1883/84». Die Epidemie begann Nov. 1882, steigerte sich stark Feb. 1883, fiel im Juli ab, zeigte im Nov. eine neue Steigerung, die im Jan. 1884 ihre Höhe erreichte und scheint jetzt ihrem Ende entgegen zu gehen. Von 584 im Ganzen aufgenommenen Fällen (491 Männer, 90 Frauen) starben 28, = 4,8%. Vortr., der mit Einschluss einer früheren Epidemie in Riga (1865) und im Gouv. Kiew jetzt zusammen ca. 1400 Fälle beobachtet hat, betont die häufigen Abweichungen des Krankheitsverlaufs vom typischen Bilde. Der Uebergang von Typh. recurrens zu dem damit identischen T. biliosus wird durch Recurrensfälle mit leichtem Icterus hergestellt. Ein letal verlaufender Fall zeigte im 1. Anfall Spirochaeten, dann 13tägige Intermission, dann biliöses Typhoid. Bei der Section: multiple Leber-Abscesse (cf. St. Pet. Med. W. 1884, № 21 u. 22). Die diagnostische Bedeutung der Spirillen fällt bei der häufig grossen Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit Abdominaltyphus und Intermittens besonders in's Gewicht.

Dr. Hampeln fragt, welche Exantheme besonders beobachtet wurden? ob Herpes labialis?

Dr. Treymann: Petechien, keine Roseolen. Herpes lab. war selten, konnte dann — wie auch Dr. Hampeln angegeben — als ein sicheres*) diagnostisches Zeichen gegenüber Typh. exanthem. und abdominal. verwerthet werden. Oedeme der unteren Extremitäten mit gutem Verlauf, ohne Albuminurie wurden besonders 1883 beobachtet.

Dr. Mandelstamm fragt nach den Augenaffectionen dieser Epidemie.

Dr. Treymann: öfters wurde Iritis, mehrmals mit sehr hartnäckigem Verlauf gesehen.

Dr. Stavenhagen sah im letzten Jahre viele Fälle von Iritis und Iridochoroïditis, welche nachweislich mit Recurrens im Zusammenhang standen, einen guten Verlauf nehmen. Nur in wenigen Fällen war Glaskörpertrübung vorhanden. Diese Augenaffectionen entstehen häufig in der Reconvalescenz, kommen daher nicht mehr in der Infectionsabtheilung des Krankenhauses, sondern eher den Ophthalmologen zur Beobachtung.

Dr. Heerwagen: Seine Bearbeitung der statistischen Zählkarten bestätige den Gang der Epidemie, wie ihn Dr. Treymann geschildert. Zwei Häuser erwiesen sich als Hauptinfectionsherde, das eine enthielt Massenwohnungen.

Auf Dr. Hach's bezügliche Anfragen berichtet Dr. Treymann: Die Menses traten bei den Recurrens-Pat. häufig zu früh und profus ein. Bei allen Schwangeren kam es zu Abort, doch starb keine Frau an der Blutung, während hierdurch bei Variola viel Todesfälle beobachtet wurden.

Dr. Grimm fragt, welche Beziehungen zu Malaria gefunden würden?

*) Wir haben Gelegenheit gehabt auch bei unzweifelhaftem T. abdominal. Herpes labialis zu beobachten, meist mali ominis. (Red.)

Dr. Treymann: Häufig fand sich in der Anamnese Malaria verzeichnet. Auch täusche der Krankheitsverlauf häufig Intermittens vor.

Dr. Schultz hat im Gefängnisslazareth 30 Fälle von Recurrens beobachtet, die im späteren Verlauf einen Intermittens-artigen Charakter des Fiebers annahmen. Chinin blieb ohne Erfolg.

Sitzung vom 18. April 1884.

1) Dr. Treymann spricht über die *Pocken* im Allg. Krankenhause 1883/84. (V. St. Petersb. med. Wochenschr. № 29 u. 30, 1884).

Dr. Heerwagen berichtet: Bei der Zusammenstellung der Zählkarten für 1883 ergeben sich 166 Fälle von Pocken, gestorben 26, = 15,6%.

Von 10,000 Einwohnern erkrankten 9,5 und starben 1,5
« 10,000 Geimpften erkrankten 7 und starben 0,6
« 10,000 nicht Geimpften erkrankten 36 und starben 11,6.

Dr. H. legt ferner eine graphische Darstellung der Verbreitung der Pocken in den einzelnen Stadttheilen vor und fordert die Collegen bei weiteren Beobachtungen zur Notirung der Zahl vorhandener Impfnarben auf, da englische Beobachtungen die proportional der Zahl der Impfnarben zunehmende Immunität dem Pockengift gegenüber bewiesen haben.

Dr. Stavenhagen äussert, nach Dr. Treymann's Bericht erscheine der Nutzen der Impfung vielleicht in Frage gestellt. Dem gegenüber wolle er nochmals auf den auch durch deutsche Beobachtungen erwiesenen Einfluss der Zahl der Impfnarben auf die Morbiditäts- resp. Mortalitätsziffer hingewiesen haben.

Dr. Treymann: Er habe nur den Thatbestand referirt, persönlich sei er durchaus Vertheidiger der Impfung. Für die direct schützende Wirkung der Impfung werden von Dr. Treymann Erfahrungen aus dem Gouvernement Witebsk und Kowno, von Dr. Grimm solche aus Bulgarien angeführt.

2) Dr. Carlblom berichtet über einen Fall von *Placenta praevia centralis,* welcher durch *Transfusion* von Kochsalzlösung der Genesung zugeführt wurde. Bei einer durch Pneumon. catarrh. im 5. Schwangerschaftsmonat bereits geschwächten Multipara, seit Mitte des 7. Monats kurz andauernde Blutungen e vagina. Diagnose Plac. praevia feststehend. Circa 14—21 Tage vor dem rechtzeitigen Schwangerschaftsende starke Blutung, Diagnose der centralen Anheftung der Placenta möglich. Tamponade — jedoch so bedenkliche Collapserscheinungen, dass bei vorliegendem Kopf die Wendung auf die Füsse (Dr. G. Hollander) und, da Pulslosigkeit eintritt, die Transfusion in die Vena mediana ausgeführt wird (Dr. Miram). Transfusion von ca. 600 Cub.-Ctm. einer 0,6%igen Kochsalzlösung. Guter Erfolg. Regelmässige Wehen befördern in 1½ Stunden die Geburt bis zu den Schultern, dann Extraction des Kopfes. Wiederbelebungsversuche des Kindes erfolglos. Nochmaliger Collaps der Pat. mit Aetherinjectionen, Wein, Hochlagerung der Extremitäten bekämpft. Wochenbett durch leichte parametritische Complication und hervortretende Anämie in den ersten 14 Tagen gestört, nachher normal.

Dr. Treymann und Stryk führen aus, wie gross die Schwierigkeit der diagnostischen Scheidung zwischen Plac. praevia centralis und lateralis oft sei.

Dr. Carlblom bemerkt, die Grenze hierbei sei eine durchaus flüssige. Wenn der tastende Finger überall Placentargewebe begegne, sei es eben praktisch Pl. praev. centralis zu diagnosticiren.

Dr. Hach hebt hervor, dass die Wiederbelebungsversuche scheintodt geborener Kinder nicht lange genug fortgesetzt werden könnten. In einem Fall seiner Beobachtung machte das Kind erst 1¼ Stunde nach der Geburt den ersten Athemzug, daran schloss sich nach 5 Minuten regelmässige Respiration.

Secretär: Dr. Mercklin.

Dr. Heinrich Laskowski †.

Das städtische Alexander-Hospital in Petersburg hat durch den Tod L.'s, welcher Gehülfe des Oberarztes für Chirurgie war, einen herben, schwer zu ersetzenden Verlust erlitten.

Im Süden Russlands geboren und erzogen, bezog L. die Universität Kiew und kam nach Beendigung seines Studiums als Arzt nach Petersburg, wo er für einige Jahre als Arzt-Practicant in die in den 60iger Jahren beim Alexanderhospital bestehenden Fortbildungscurse, welche unter der Leitung Pelikan's standen, aufgenommen wurde. Nachdem er mehrfach zur Bekämpfung von Epidemien seitens des Ministeriums des Inneren abcommandirt gewesen, erhielt L. die Stelle als Oberarzt des Stadthospitals zu Kamenez-Podolsk, wo er es verstand, in kurzer Zeit sein Spital zu einem Musterhospital umzuwandeln. Zu Beginn der 70iger Jahre kam L. nach Petersburg, wurde, nachdem er an der Academie sein Doctorexamen absolvirt und seine Schrift vertheidigt, Consultant für Chirurgie am ausserstädtischen Hospital. Als der Krieg ausbrach, zog L. 1877 als Chirurg der activen Armee nach Bulgarien, und vielen Collegen ist gewiss noch die stille, rastlose Thätigkeit L.'s in den überfüllten Kriegslazarethen Bogot's in lebhafter Erinnerung. Mit dem Hauptquartier ging darauf L. bis nach San Stefano und kehrte erst im Herbst 1878 nach Petersburg zurück, mit den Folgen einer schweren Intermittens, die den Grund zu seinem frühen Ende gelegt. 1879 wurde L. Gehülfe des Oberarztes des städtischen Alexanderhospitals und blieb in dieser Stellung bis zu seinem am 26. Oct. erfolgten Tode. Von veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten existirt ausser seiner Dissertation über ein entwickelungsgeschichtliches Thema nur eine kurze Arbeit über Recurrens im «Medizinski Westnik». In seinem Nachlasse finden sich aber verschiedene werthvolle Arbeiten über Chloroformtod, Anatomie der Parotis etc., die in Folge der Bescheidenheit L.'s bisher nicht veröffentlicht worden, nunmehr aber zum Druck kommen sollen.

L. verband ein selten umfassendes Wissen mit grosser Bescheidenheit. Sein Verdienst ist es, die moderne Antiseptik im Alexanderhospitale eingebürgert zu haben, trotz manchem Kampfe in Folge der pecuniären Verhältnisse.

Am Besten wird L.'s Charakter durch die nachfolgenden, von seinem Collegen, Dr. A. Wirenius, am Grabe gesprochenen Worte gezeichnet:

«Jeder von uns kann sich fragen, wie können wir die Verdienste unseres theueren Dahingeschiedenen abschätzen? Wir Alle haben ihn so geliebt, dass es sich schwer aussprechen lässt, wieviel wir an ihm verloren haben! Es war einer der besten Männer unserer Stadt, ein Chirurg, welcher mit der rechten Hand ruhig operirte und dabei sich mit der linken Hand die Thräne aus dem Auge wischte, die er beim Anschauen des Leidens seines Mitmenschen weinen musste. Welch' gesunde Anschauungen hatte L., welch' umfassendes Wissen! In selten glücklicher Weise vereinte er in seiner Person bedeutendes theoretisches Wissen und praktisches Können! Wie selten, verstand er es die Menschen richtig zu beurtheilen und abzuschätzen, während er seiner eigenen Person gegenüber stets zu bescheiden war! Nie hörte man aber aus seinem Munde eine Klage über seine schwere Arbeit, sein jahrelanges Leiden, welches wir wohl ahnten, worüber er jedoch nie gesprochen!

Ja, wir verlieren in ihm nicht nur einen theuren Freund, sondern auch einen edlen Jünger der Wahrheit und Wissenschaft, einen musterhaften, ausgezeichneten Arzt. Friede seiner Asche!»

P.

Vermischtes.

— In Telschen (Gouvernem. Kowno) ist im September ein junger Arzt Stanislaus Girdwoyn am Typhus gestorben. Er absolvirte im J. 1882 in Dorpat das Examen und liess sich in seiner Vaterstadt nieder. Er erkrankte am Hochzeitstage und in 3 Wochen war er eine Leiche.

— Am 4. November starb hieselbst nach langjährigem Leiden der Ordinator des städtischen Alexanderhospitals, Dr. Eugen Borkenhagen.

— *Verstorben*: 1) In Würzburg der frühere langjährige Professor der Ophthalmologie und Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. Heinrich Adelmann, am Lungenschlage; 2) in Paris der bekannte Hygienist und Epidemiologe Dr. Fauvel, welcher beim Ausbruch der Cholera im Süden Frankreichs als General-Inspector des Sanitätswesens sich durch seine hartnäckige Behauptung, die Epidemie in Toulon und Marseille sei keine asiatische Cholera, blamirte; 3) in Moskau der hochbetagte Prof. emeritus der dortigen Universität für Pharmacie, Dr. Giwartowski; 4) der Arzt der Pokrow'schen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in Moskau, Dr. Kolomenski.

— Dem Oberarzt und Chef des Medicinalwesens der Flotte und Häfen des Schwarzen Meeres, wirkl. Staatsrath Dr. Lawrentjew, ist der *St. Stanislaus-Orden 1. Classe* verliehen worden.

— Die bei der St. Petersburger Stadtverwaltung bestehende Sanitätscommission hat den Beschluss gefasst, die vacanten ärztlichen Posten (vom Oberarzt bis zum jüngsten Ordinator) an den in die Verwaltung der Stadt übergegangenen Hospitälern ausschliesslich auf dem Wege des Concurses zu besetzen.

— Zum Präsidenten der Gesellschaft der Aerzte von Ostsibirien ist Dr. M. Mendelsohn in der letzten Jahresversammlung (im September) gewählt worden.

— Wie die «Russ. Mediz.» erfährt, neigt sich die Commission, welche zur Berathung über die weitere Existenz der vom Kriegsministerium unterhaltenen hiesigen Fabrik für chirurgische Instrumente (auf der Apothekerinsel) niedergesetzt ist, mehr zur gänzlichen Aufhebung dieser Fabrik.

— Vor Kurzem beging Dr. Peter Rudanowski, Arzt am Krankenhause der Fabrik des Fürsten *Demidow San Donato* in Nishni-Tagil (im Ural) das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Wie Dr. Pawlowski in der «Russ. Mediz.» mittheilt, erfreut sich R. eines bedeutenden Rufes als Arzt und Operateur; sechszig Ovariotomien, eine grosse Zahl von Augenoperationen (namentlich Katarakt-Operat.) und anderen schwierigen Operationen haben seinen Namen in Sibirien und am Ural bekannt gemacht. Aber auch seine wissenschaftlichen Arbeiten über die Structur und Physiologie des Nervensystems haben die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt auf ihn gelenkt. Die Kasansche Universität hat ihn zum Ehren-Doctor der Medicin ernannt, die Pariser medicinische Academie hat ihm das Mitgliedsdiplom übersandt. Soeben noch hat R. ein grösseres Werk über das Myelin beendigt — das Resultat vieljähriger Arbeit.

— In *Paris* dauert die *Cholera-Epidemie* noch im Ganzen ungeschwächt fort, wenn man auch die Zahl der Erkrankungen von

ca. 100—150 täglich und die der Todesfälle von 20—50 per Tag bei der colossalen Bevölkerungszahl (2,240,000) dieser Stadt keine grosse nennen kann. In *Genua* ist die Cholera-Epidemie als erloschen zu betrachten. Vom Ausbruch (30. August) bis zum Erlöschen derselben (23. October) sind von 180,000 Einwohnern dieser Stadt 567 an der Cholera erkrankt und 415 daran gestorben. Die Zahl der Erkrankungen war also keine sehr grosse, dagegen fällt die unverhältnissmässig grosse Zahl der Todesfälle an der Cholera auf, nämlich fast 74% der Erkrankten. Beachtenswerth ist dass die meisten Erkrankungen (447) in jenen, theilweise reicheren Stadttheilen vorkamen, welche von der Wasserleitung des Nikolaiflusses mit Wasser versorgt werden, während die von den ärmeren Classen bevölkerten, mit anderen Wasserleitungen versehenen Stadtviertel verhältnissmässig weniger von der Seuche heimgesucht wurden.

— Wir erfahren aus allersicherster Quelle, dass der Gesundheitszustand in San Remo stets ein vortrefflicher gewesen ist, indem nicht *ein einziger* Fall von Choleraerkrankung daselbst vorkam. Da die Epidemie in Italien nun vollkommen erloschen ist, sind auch alle Präventivmaassregeln auf den italienischen Eisenbahnen, wie Räucherungen, Desinficirung der Waggons mit oft reizenden Dämpfen u. s. w. gänzlich aufgehoben, so dass das reisende Publicum in keinerlei Weise belästigt wird.

— Dr. Lukaschewitsch hat die Prof. Botkin'sche Methode, Thonumschläge zu therapeutischen Zwecken zu verwenden, auf dem Gebiete der Hodenerkrankungen versucht, und zwar in 26 Fällen *acuter Epididymitis*. Er macht 4—5 Tage lang Einwickelungen mit fingerdick auf Leinwandstücken aufgetragenem Thonbrei, der 2mal täglich gewechselt werden muss. (Wratsch № 31.)

P.

— Die Drs. W. A. Byrd (Quirey) und Ch. Wesley Rook empfehlen zum Anästhesiren ein Gemisch von 1 Th. Bromäthyl, 3 Th. Chloroform und 4 Th. Alcohol. Das Aethyl als Prophylakticum gegen die Anämie (Ther. Gaz. 1884, III., p. 130). Ihnen schliesst sich, nur dass er die Mischung ein wenig modificirt, Dr. John T. Booth an in Ther. Gaz. 1884, IV., p. 159.

— Droux du Chapois (Bullet. de thérap., 20. Juillet 1884) empfiehlt die *Behandlung der croupösen Pneumonie* mit stündlichen sehr kleinen Gaben (0,002) *Calomel* während 1—2 Tage. Bei dieser von Dr. in mehr als 150 Fällen angewandten Methode wurden nach 24—48 Stunden die Haut, später auch Mund und Zunge feucht, Oppression und Hitze mindern sich, schliesslich fällt das Fieber und es tritt das *râle de retour* auf. — Dr. meint nicht, dass seine Behandlung der Pneumonie eine specifische sei, sondern will sie in den Fällen angewendet sehen, wo die gewöhnliche Therapie erfolglos bleibt. Das Calomel in so kleinen Gaben wirkt in erster Reihe auf die Speicheldrüsen, dann auf die Leber und auf die Talgdrüsen der Haut und durch diese mächtige Einwirkung auf eine so grosse Oberfläche von den Lungen ableitend und auf die Hepatisation lösend ein.

Hz.

— Goureau (Bullet. de thérap., 30. Juillet 1884) behandelt mit grossem Erfolge *chronische Fussgeschwüre mit Mennigesparadraps*. Empl. diachylon simpl. wird auf 30 Ctm. lange Leinewandstreifen aufgestrichen, mit rothem Bleioxyd bestreut, und von diesen 2 Ctm. breite Streifen abgeschnitten; die Länge derselben soll nicht mehr als um 2 Ctm. den Querdurchmesser des Geschwüres überragen. Dieses wird mit den leicht erwärmten Streifen von unten nach oben so bedeckt, dass je 2 Streifen in der Mitte des Ulcus sich kreuzen und ungefähr 1 Ctm. der gesunden Haut bedecken; darauf wird das Glied mit einer dicken Schicht Watte umgeben. Der erste Verband wird nach 4, der zweite nach 6, die übrigen nach 8 Tagen bis zu erfolgter Heilung gewechselt. Nicht die Mennige allein wirkt so gut, es tragen zur raschen Heilung noch bei der relativ seltene Verbandwechsel, der Luftabschluss, der Mangel jeder Reizung, die sanfte Compression durch die Watte, die gleichförmige Wärme und die Ruhe. Heilung in den 3 mitgetheilten Fällen in 3—5 Wochen.

Hz.

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Rshew* des Twer'schen Gouvernements. Gehalt: 1000 Rbl. jährlich bei freien Fahrten. Wohnsitz im Kirchdorfe *Ssytkowo*. Adresse: «Ржевская Уѣздная Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 28. Oct. bis 3. Nov. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
220	169	389	67	32	57	5	6	13	39	39	43	28	39	15	3	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 0, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 7, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 10.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 19, andere Gehirnkrankheiten 25, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung der Athmungsorgane 50, Lungenschwindsucht 83, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastro-intestinal-Krankheiten 47, andere Krankheiten der Bauchhöhle 21, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 11, Cachexia 14.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 1, Mord 3.

— Andere Ursachen 10.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm . .	12—18 October	190 115	86	4	23,5	4,6	35,2
Kopenhagen. .	15—21 October	267 000	112	17	21,8	15,2	42,5
Berlin	19—25 October	1 192 203	573	97	24,3	16,9	38,3
Wien	19—25 October	759 849	292	7	20,0	2,4	34,7
Brüssel . . .	12—18 October	171 293	87	9	26,5	10,3	32,3
Paris	17—23 October	2 239 928	979	76	22,7	7,7	27,3
London . . .	19—25 October	4 019 361	1463	147	19,0	10,0	34,0
St. Petersburg	**25 Oct.—1 Nov.**	**928 016**	**408**	**51**	**22,8**	**12,5**	**28,5**

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. November c.

Tagesordnung: 1) Discussion über den Vorschlag in Betreff der Sammelforschung;

2) Dr. F. Weber: Ueber die klimatologische Bedeutung des Baydar'schen Hochthales.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. November c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 9 Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 5.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. L. v. Holst in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 46. St. Petersburg, 17. (29.) November 1884.

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von

Dr. P. G. Unna,

dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

(Fortsetzung.)

III. Am 23. December 1880 wurde ich von Herrn Dr. K. wegen einer eigenthümlichen Dermatose consultirt, welche vor mehreren Wochen bei einem sehr kräftig gebauten, 23jährigen Manne acut aufgetreten war. Das Exanthem hatte nie genässt, aber stets sehr gejuckt, und dieses Symptom hatte sich in letzter Zeit so gesteigert, dass trotz grosser Dosen Chloral der Patient seit 8 Tagen keine Nacht zum Schlafen gekommen war. Ich fand den sonst gesunden und früher nichts weniger als nervösen Kranken im höchsten Grade psychisch erregt und bereits sichtlich heruntergekommen. Ein fast universelles Erythem bedeckte den ganzen Rumpf, den Hals, die Arme und Beine; nur der Kopf, die Hände und Füsse erschienen frei. Auf der livid-rothen Fläche traten in gänsehaut-ähnlicher Vertheilung ebenfalls geröthete, nicht sehr erhabene, mit feinen Schüppchen bedeckte kleine Papeln hervor, welche nirgends deutlich den Charakter eczematöser Papeln zeigten. Nichtsdestoweniger war ich zuerst geneigt, an das Vorhandensein eines «trockenen», papulösen Eczems zu glauben, und zwar besonders wegen des acuten und universellen Auftretens und des unerträglichen Juckens, Symptome, welche dem Beginne eines Lichen ruber acuminatus nach Hebra's Beschreibung nicht entsprachen. Der Hausarzt hatte bis dahin neben Sol. Fowleri in kleinen Dosen äusserlich Antieczematosa ohne Erfolg gebraucht. Die Arsenikdosen wurden verstärkt und der Pat. ganz in leinene Laken eingeschlagen, die mit einer Mischung von Bleiwasser und Thonerdeessig häufig getränkt wurden. Diese Einpackungen wirkten einigermaassen wohlthätig auf das Jucken und Allgemeinbefinden, die Röthe nahm etwas ab, so dass unter Zuhilfenahme von Chloral und Morphium wenigstens einige Stunden Schlaf in der Nacht herbeigeführt wurden und der Patient in erträglichem Zustande am letzten December Hamburg auf einige Zeit in Familienangelegenheiten verlassen konnte. In dieser Zwischenzeit wurde neben Arsenik Carbolsäure äusserlich gebraucht. Am 19. Januar stellte sich der Pat. wieder in Hamburg ein. Das Exanthem hatte sich etwas begrenzt, und zwar waren vorzugsweise die Innenseiten der Oberschenkel und Arme, und die Bauchgegend befallen; das Jucken aber war noch eben so unerträglich und die Nächte noch eben so schlecht. Da nun bisher absolut keine Umwandlung der Papeln in Bläschen an irgend einer Stelle eingetreten war, stellte ich jetzt mit Sicherheit die Diagnose auf Lichen ruber, verstärkte die Arsenikdosis und suchte nach äusserlichen Mitteln, um das Jucken zu lindern und die Papeln zur Involution zu bringen. Theer wurde, wie ja schon so oft, ganz erfolglos angewandt. Sodann wurde ein Versuch mit Chrysarobin gemacht; aber noch ehe ein Erfolg davon erwartet werden konnte, musste der Patient aus Familienrücksichten nach Berlin. Vom 27. Januar 1881 an befand sich derselbe 9 Wochen lang intercurrent in der Behandlung meines Freundes Lassar. Dieselbe bestand wesentlich in der subcutanen Injection von Arsenik nach Köbner einerseits und der von Lassar mit Vorliebe gebrauchten abendlichen Injection von Pilocarpin. Die letztere brachte dem Patienten zuerst die langentbehrte Wohlthat eines ruhigen Schlafes. Am 20. März, 4 Monate nach Beginn der Krankheit, trat der Pat., wesentlich gebessert, aber noch sehr schwach und reizbar, wieder in meine Behandlung. Die Haut hatte im Ganzen ein normaleres Colorit angenommen, gebräunt von diffus vertheiltem Pigment auf den zumeist befallen gewesenen Stellen. Aber die alten Lieblingssitze, besonders die Innenseite der Beine und Arme waren noch stark geröthet, spontan und bei jeder Berührung juckend, und bei gelindem Reiben sofort mit einer lange bleibenden, rothen Gänsehaut bedeckt, ein sicheres Zeichen der noch unvollständigen Heilung eines Lichen ruber acuminatus. Die Arsenikinjectionen wurden deshalb mit grösster Ausdauer und Geduld von Seiten des Patienten fortgesetzt; bis zum 12. Juni wurden täglich 4/10 bis 8/10 Gr. der zur Hälfte abgeschwächten Sol. Fowleri vet Pharm. injicirt. Nach manchen vergleichenden Versuchen über die Schmerzhaftigkeit verschiedener Lösungen, blieben wir schliesslich bei der Formel: Sol. Fowleri, Aq laurocerasi āā stehen. Nachdem einige Wochen mit der Dosis der Injectionen gestiegen war, mahnte ein trockener Rachen-, Larynx- und Tracheal-Katarrh zur Umkehr. Es wurde deshalb mit der Dosis mehrfach auf- und abgestiegen, bis in der ersten Hälfte des Juni der nicht wieder verschwindende starke Larynx- und Bronchialkatarrh umsomehr das Aussetzen des Arseniks zur Folge hatte, als Anfang Juni bereits sämmtliche Symptome der Haut verschwunden waren. Im Ganzen waren etwa 0,4 acidi arsenicosi subcutan injicirt worden. Conjunctivitis und Darmkatarrh hatten sich nie gezeigt. Eine Superrevision am 19. Juli und im Laufe des Jahres 1881 zeigten, dass die Heilung eine vollständige war; aber ein Rest des Bronchial- und Kehlkopfkatarrh's wollte lange nicht weichen. — Am 17. October 1882, 5/4 Jahre nach der completen Heilung, wurde ich wieder zum Patienten gerufen. Derselbe, der sich inzwischen vor ½ Jahre verheirathet hatte, klagte wieder über intensives Jucken am Rumpfe und beiden Armen und schob dieses Mal mit aller Bestimmtheit den Beginn des Leidens auf den vor Kurzem zuerst angestellten Versuch, wollene Unterjacken zu tragen. Diese hatten nebenbei ein abnorm starkes Schwitzen des Oberkörpers zur Folge gehabt. Ich fand die charakteristischen Papeln des Lichen ruber in voller Blüthe; der Pat. gab jetzt auch an, dass seine erste Krankheit ebenso angefangen habe; eine zugleich wieder aufgetretene nervöse Reizbarkeit liessen nichts Gutes ahnen. Da ich inzwischen mit meiner Carbol-Sublimat-Schmiercur die besten Erfolge erzielt hatte, überliess ich dem Pat. die Wahl zwischen den langsamer wirkenden Arsenik-Injectionen und der rasch wirkenden Schmiercur. Er entschloss sich zur letzteren und war nach einer Woche am 26 October bereits vollständig wiederhergestellt, nachdem er 2 Mal täglich im Bette mit Ung. Zinci benz. 500, Subl. 1, Acid. carb. 20,0 eingerieben war. Seitdem hat sich der

Patient bis vor Kurzem 1½ Jahre lang eines ungetrübten Hautwohlseins erfreut, und so glaubte ich bei einer vor Kurzem stattgefundenen Superrevision, die bis auf einen Rest des von der Arsenikcur herrührenden chronischen Bronchialkatarrhs völlige Gesundheit ergab, den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Sublimat-Carbol-Schmiercur auch in Bezug auf etwaiges Recidiviren eine grössere Garantie böte als die Arsenikcur; denn nach der ersteren folgte nun schon ein 1½ Jahr langes, absolut freies Intervall, während nach der volle 8 Monate dauernden Arsenikcur der Patient nur 5/4 Jahre völlig frei war. Jedoch wurde ich schon nach wenigen Wochen eines Besseren belehrt. Mitte Juli dieses Jahres, während einer grossen Hitze, klagte der Patient von Neuem über juckende Empfindungen, dieses Mal zuerst am Hodensack. Einige Tage später fingen auch die inneren Seiten der Oberschenkel wieder in beunruhigender Weise zu jucken an, zu sehen war wenig mehr als eine vaso-musculomotorische Reizbarkeit dieser Gegend, die sich in anfallsweise auftretendem Erythem und Cutis anserina kundgab. Wieder musste der Patient grade eine Reise antreten, weshalb wir auf die Schmiercur verzichten mussten. Ich gab ihm eine spirituöse Lösung von Carbolsäure und Sublimat zum Waschen mit, welche zunächst auch die lästigen Symptome in Schach hielt, jedoch den Ausbruch des Lichen ruber nur zu verzögern vermochte. Am 5. August musste der Pat. seine Reise plötzlich unterbrechen und fand Aufnahme in meiner Klinik, wobei ich den gesammten Symptomencomplex des Lichen ruber acuminatus constatirte. Da inzwischen bereits wieder Arsenik injicirt war, wurden neben der sofort begonnenen Schmiercur diese Injectionen fortgesetzt. Leider konnte ich wegen einer Reise die Behandlung nicht selbst leiten, sie wurde jedoch von meinem Assistenten und dem Hausarzt in derselben doppelten Richtung fortgesetzt und in 4 Wochen zu Ende geführt. Augenblicklich befindet sich der Patient ohne jede Behandlung und bis auf einen mit dem Lichen sofort wieder eingetretenen Hang zur Schlaflosigkeit, der noch nicht ganz beseitigt ist, wieder wohl und kräftig.

Dieser Fall ist in mehrfacher Richtung belehrend. Zunächst beweist er, dass ein Lichen ruber in kurzen Intervallen nach vollkommener Heilung nicht blos einmal sondern mehrmals recidiviren kann, was Hebra sen. bekanntlich nicht zugab. Man könnte vielleicht denken, was auch Hebra einem Fall von Posner gegenüber annimmt, dass der Lichen eben nicht vollständig geheilt war. Ich muss diese Annahme gerade bei dem vorliegenden Falle absolut zurückweisen. Bereits die ersten praemonitorischen Symptome waren bei diesem Patienten mit einer solchen nervösen Aufregung verbunden und diese hielt, solange noch eine Spur des Lichens vorhanden war, so consequent an, dass es höchst gezwungen wäre, während der Jahre langen Intervalle noch das Fortschlummern eines Restes von Lichen anzunehmen.

Es existirt desshalb auch ein bedeutender Unterschied zwischen diesem Falle und einer Psoriasis, die geheilt scheint und wieder hervorbricht. Denn fast regelmässig findet man in Fällen von kürzlich geheilten universellen Psoriatiden am behaarten Kopfe oder an anderen, mehr verborgen liegenden Stellen evidente Reste in Form gerötheter oder fein abschilfernder Hautbezirke, welche wahrscheinlich für das nächste sogenannte Recidiv verantwortlich zu machen sind. Ein Lichen acuminatus beschränkt sich aber nicht wie eine Psoriasis (oder ein Lichen planus) auf umschriebene Hautstellen, sondern benutzt, so lange er noch nicht ganz geheilt ist, jede Gelegenheit um sich diffus von Neuem auszubreiten; seine Existenz oder Nichtexistenz ist daher niemals bei einer längeren Beobachtung zu verkennen.

Weiter beweist dieser Fall, dass die Art der Behandlung für die Recidivfähigkeit des Lichen acuminatus ohne Belang ist. Wo die Tendenz zur lichenösen Erkrankung vorhanden ist, wird man der Möglichkeit einer erneuten Erkrankung auch nach der Arsenikcur ins Auge sehen müssen.

Endlich ist der Fall ein sprechendes Beispiel für die relativen Unannehmlichkeiten der beiden neueren Hauptcuren, der Köbner'schen Arsenikinjection und meiner Schmiercur. Der erste Anfall nahm bis zur völligen Heilung 8 Monate in Anspruch und von diesen wurde 5 Monate lang (Januar bis Juni) in einem fort Arsenik injicirt; man muss wissen, wie schmerzhaft Arsenikinjectionen unter allen Umständen sofort und oft auch später sind, um zu wissen, welche Energie zu einer solchen Cur gehört. Die Schmiercur dauerte das erste Mal überhaupt nur 8 Tage, das zweite Mal in strenger Form 14 Tage und brachte keine weitere Unannehmlichkeit als die Bettlage mit sich, eine in diesem Falle nothwendige Bedingung, die aber unter Umständen auch entbehrt werden kann. Da beide Curen im Erfolge gleichwerthig sind, so wird die Entscheidung für eine derselben von äussern Umständen abhängen. In solchen Fällen pflege ich mich zu fragen, welche Behandlung ich für mich selbst, falls ich das Unglück hätte, Lichen acuminatus zu acquiriren, vorziehen würde. Da ist es mir dann keinen Augenblick zweifelhaft, dass ich für meine Person der kurzen Schmiercur vor der langen Injectionstortur den Vorzug gebe und ich möchte fast glauben, dass die meisten Collegen für sich selbst dieselbe Wahl treffen würden.

Die bisher angeführten Fälle waren Beispiele des reinen Lichen ruber acuminatus (Hebra). Ich wende mich nun an der Hand einiger anderer Krankengeschichten zum Lichen ruber planus (Wilson) und wähle zunächst solche Beispiele, welche zugleich meine aus der Erfahrung gewonnene Ansicht illustriren, dass diese beiden äusserlich sehr verschiedenen Affectionen klinisch durch wohlcharakterisirte Uebergangsbilder zusammenhängen und daher wohl auch später einmal aetiologisch als zusammengehörig sich erweisen werden, wenn auch Robinson diese Ansicht neuerdings auf Grund anatomischer Thatsachen bestritten hat.

Als ersten Uebergangsfall dieser Art diene die Geschichte eines Kranken, welcher unter meinen Augen zuerst einen wohlcharakterisirten Lichen acuminatus und sodann einen ebenso typischen Lichen planus durchmachte.

IV. J. K., ein 44jähriger sehr corpulenter Mann, litt seit längerer Zeit an einer hartnäckigen Laryngitis. Am 11. März 1881 wurde ich von dem ihn behandelnden Collegen wegen eines sich rapide über den ganzen Körper breitenden Exanthems hinzugezogen. Ich fand einen *kleinpapulösen, spitzen, schuppenden Lichen ruber*, welcher bis auf das Gesicht, den behaarten Kopf, die Handteller und Fusssohlen die ganze Hautdecke befallen hatte, und zwar war die Vorderseite des ganzen Körpers dichter mit Knötchen besäet als die Hinterseite. Dies trat besonders an den Beinen hervor. Jucken war in beträchtlichem Grade vorhanden, und der durch den langen Bestand der Laryngitis bereits etwas angegriffene Patient war in den letzten 8 Tagen durch schlaflose Nächte stark geschwächt. Vom 14. März an liess ich den Patienten das Bett hüten und Morgens und Abends mit folgender Salbe einreiben: Rp. Aq. calc., Adipis suilli āā 100,0, Acid. carbolici 10,0, Kaolini 60,0. Diese Schmiercur wurde 14 Tage und Nächte hindurch strenge durchgeführt. Die Nächte besserten sich sehr bald, das Jucken nahm am Ende der ersten Woche ganz ab und als der Pat. am 28. März das Bett verliess, waren alle Papeln bis auf geringe Reste verschwunden. Die Cur wurde dem Pat. nun insoweit erleichtert, dass nur Nachts mit obiger Salbe der ganze Körper eingesalbt, dagegen Morgens gebadet und darauf der ganze Körper mit Carbolseife eingeschäumt und trocken abgewischt wurde. Ausserdem nahm er jetzt 4 Wochen lang asiatische Pillen. Diese gemilderte Cur wurde 2 Monate bis gegen Ende Mai ununterbrochen fortgesetzt. Der ganze Körper war nun von den spitzen Lichenknötchen vollkommen befreit; aber es waren unterdessen unter meinen Augen etwa 12 rothe, glänzende flache Lichenflecke etwa von der Grösse kleiner Kirschen bis zu der eines Thalers in der Kniekehle, vorne am Schienbein, auf Brust und Rücken aufgetreten. Dieselben hatten sich höchst wahrscheinlich aus einzelnen Lichenknötchen durch Fortschreiten in der Fläche langsam entwickelt. Gegen dieselben wurde im April Pyrogallussäure in Form von Vaselinsalbe und Pflastermull ohne sonderlichen Erfolg gebraucht. Dagegen verschwanden sie im Mai unter Carbolbleisalbenmull. Gegen Ende April wurden die asiatischen Pillen durch das «Böck'sche Mittel» ersetzt. Ich liess zu diesem Zwecke ¼ Stunde nach jeder Mahlzeit 1 Theelöffel folgenden Pulv. nehmen: Kali chlorici 30,0, Sacchari albi 50,0 M., und ½ Stunde nach der Mahlzeit 20 Tropfen verdünnter Salpetersäure in einem Glase Zuckerwasser. Mitte Juni, 3 Monate nach Beginn der Cur, stellte sich mir der Pat. völlig geheilt und gekräftigt vor. Auch fernerhin wurde kein Arsenik gebraucht. 5/4 Jahre später im August 1882 hatte ich Gelegenheit, mich von dem vollen Wohlsein des Patienten zu überzeugen.

Dieser Fall lehrt zunächst, dass durch den consequenten äusserlichen Gebrauch der Carbolsäure der Lichen acuminatus der Heilung entgegenzuführen, wenn auch vielleicht nicht vollständig heilbar ist. Sodann zeigt er die typischen Bilder des Acuminatus und Planus in einfacher, zeitlicher Reihenfolge. Das für uns besonders Interessante liegt in der Entstehung der Planusflecke. Nach der englisch-französischen Schule, der sich die deutsche, nach den Lehrbüchern zu urtheilen, einfach angeschlossen hat, würden

diese zum Theil sehr grossen Flecke als secundäre Plaques anzusehen sein, hervorgegangen aus entsprechend grossen Gruppen ganz kleiner, schuppenloser, glatter Lichenknötchen. Nun, betreffs des eben mitgetheilten Falles, wie auch mancher anderer kann ich dafür einstehen, dass die rothen Flecke hier speciell auf dem Grunde nahezu geheilter spitzer Lichenhnötchen — mit einem Male, die Franzosen würden sagen: d'emblée auftraten, zuerst undeutlich, dann in Farbe, Form nnd Grösse deutlicher und stärker hervortretend. Hier waren Gruppen getrennter, glatter Knötchen zu keiner Zeit an Stelle der späteren Planuseffloresceuzen vorhanden.

Soll ich deshalb die letzteren gar nicht als Lichen planus bezeichnen? Gewiss nicht. Sie tragen die Charaktere der von den englischen und französischen Autoren geschilderten Lichenplaques zu deutlich an sich. Es sind rothe, ganz wenig erhabene, im Centrum häufig gegenüber dem Rande deprimirte, mit feiner Schuppe bedeckte oder auch glatte, wachsähnliche Efflorescenzen, welche mit Acuminatuspapeln vergesellschaftet auftreten. Ihnen fehlt nur die nachweisliche Entstehung aus getrennten, glatten Papeln und die Begrenzung mit solchen nach aussen. Man könnte ihnen auch eher das Prädicat: papulös entziehen als gerade den ungemein passenden Begriff des Planus und den Zusammenhang mit der Lichenerkrankung. Und was die Hauptsache ist, solche wirklich «flache», grosse Lichenpapeln ohne nachweisliche Entstehung aus kleineren, elementaren Papeln finden sich in den englischen und französischen Beschreibungen häufig genug nebenher erwähnt, ohne dass Gewicht auf sie gelegt wird. Sie aber verdienen natürlich die Bezeichnung: Lichen planus mehr als irgend welche andere Lichenpapeln.

Wenn ich mir aber auf der einen Seite erlaube, den Begriff des Wilson'schen Lichen planus auf eine beschränkter vorkommende, den Namen wirklich ganz und allein verdienende Form des Lichen zu fixiren, so hoffe ich andererseits auf die Zustimmung erfahrener Collegen, wenn ich diejenige Form, welche bisher stets implicite auch, besonders in England und Frankreich, unter dem Namen: Lichen planus mitverstanden wurde, unter einem bezeichnenderen Namen davon trenne — ich meine die 4—5 Mm. im Durchmesser haltenden, grossen, wachsartig durchscheinenden, deutlich gedellten, schuppenlosen Lichenpapeln, die in der alten Wilson'schen Definition mitinbegriffen sind, sich aber doch wesentlich von den ähnlich constituirten aber viel kleineren, $^{1}/_{2}$—1—$1^{1}/_{2}$ Mm. im Durchmesser haltenden Papelchen unterscheiden, aus denen die bekannten, central verfärbten und einsinkenden Lichenplaques resultiren. Ich will die erstere Form im Gegensatz zu der spitzen einerseits und der flachen andererseits die — *stumpfe* nennen, also: *Lichen obtusus*. Von diesem habe ich eine kleine Anzahl typischer Fälle, theils rein, theils mit anderen Formen gemischt beobachtet. Der Lichen obtusus tritt am liebsten isolirt und über grosse Strecken sparsam verstreut auf und fliesst, selbst wenn er sich in einer Region dicht anhäuft, nicht zu Planusflecken zusammen. Höchstens bilden 3 bis 6 Obtususpapeln, die dicht beisammen entstehen, eine gemeinsame Plaque durch eine geringe Anschwellung der zwischenliegenden Haut. Niemals bedecken sie sich mit Schuppen und jucken nur beim Entstehen. Sie sind von langer Dauer, widerstehen der Behandlung sehr und hinterlassen tiefbraun pigmentirte, etwas eingesunkene Stellen. Bei ihnen findet man häufig im Centrum (auf den Planusflecken, wie wir noch sehen werden, unregelmässsig zerstreut) einen bläulich-weissen Punct, der beim Herausheben sich als concentrirt geschichtete Hornperle darstellt und einem Schweissporus entspricht. Nach ätzenden Mitteln entsteht in der Papel an seiner Stelle ein scharf ausgeschlagenes Löchelchen. Mit Haarbälgen zeigen die Obtususpapeln keinen näheren Zusammenhang. Die folgenden Krankengeschichten mögen zu ihrer Charakteristik dienen:

V. Am 18. November 1881 brachte ein Maurer sein 6 Jahr altes Töchterlein in die Klinik, welches am ganzen Körper einen papulösen Ausschlag zeigte. Beide Eltern und 3 lebende Geschwister waren gesund und nie mit Hautleiden behaftet. Vor 14 Tagen hatten sich die ersten kleinen rothen Knötchen auf beiden Vorderarmen und Handgelenken, sodann am Unterschenkel und Fussrücken gezeigt. 8 Tage später traten sie auch überall, spärlich am Bauch, an der Brust, dagegen dicht im Gesicht hervor. Das Kind war gut genährt, etwas bleich, hatte die letzten Tage wenig Nahrung zu sich genommen und die Nächte schlecht geschlafen. Das Jucken war, nach dem Kratzen zu schliessen, nicht bedeutend. Die Knötchen waren zum grössten Theile von erheblicher Grösse, pfefferkorn- bis erbsengross, bläulich roth, wachsig durchscheinend, ohne jede Schuppenbildung, dagegen mit deutlicher, feiner, centraler Delle versehen, sehr resistent und an den zumeist befallenen Vorderarmen so dicht aneinandergereiht, dass die Letzteren im Ganzen erheblich verdickt erschienen. Nirgends war eine Andeutung von Entzündung, Oedem, Eczem, Drüsenschwellung, vorhanden. Es handelte sich mithin um einen typischen Fall von der grossen, nicht spitzen, aber doch erhabenen Form des Lichen ruber, welche den Uebergang bildet zu den ganz flachen, sich allmälig peripherisch vergrössernden, ungedellten, feinschuppigen Lichenflecken. Die Behandlung bestand in der Einreibung bloss der Arme, Beine und des Gesichtes mittelst einer Zinksalbe mit 2% Carbolsäure und 1‰ Sublimat. Im Gesichte verschwand der Lichen bereits im Verlaufe der ersten Woche, an den Extremitäten waren am Ende der 2. Woche nur noch bläulich graue Flecke, keine Knötchen mehr zu erkennen. Das Kind wurde entlassen und besass einige Wochen später wieder ein gesundes Hautcolorit. Arsenik wurde gar nicht angewandt.

Hier haben wir einen reinen Fall des Lichen obtusus vor uns. Merkwürdiger Weise habe ich in drei Fällen von Lichen bei Kindern in den ersten Lebensjahren immer nur diese Form gesehen. Der eigentliche Lichen acuminatus scheint in frühem Lebensalter ebenso selten zu sein wie der wahre Lichen planus. In der nächsten Krankengeschichte sehen wir diese Form vergesellschaftet mit Lichen acuminatus und Lichen planus.

VI. A. W., ein 30jähriger Ingenieur, consultirte mich am 22. Juni 1881. Er hatte vor 8 Tagen bei grosser Hitze und starkem Schwitzen zuerst auf der Hand und unter dem, ihm wegen Phlebectasien von einem anderen Arzte verordneten Gummistrumpfe am rechten Unterschenkel kleine, juckende, rothe Knötchen bemerkt. Der Patient war mittelgross, schlank gebaut von auffallend hellblondem Haar, blassem Teint und zarter Haut. Er schien sehr erregt und gab an, nach starker Arbeit stets nervös und gegen Geräusche sehr empfindlich zu sein. Die Knötchenaffection hatte sich von den Extremitäten ziemlich rasch über den ganzen Körper verbreitet. Am schlimmsten war die Affection an den Armen und am rechten Unterschenkel. Die Knötchen gehörten fast sämmtlich zum stumpfen Typus, waren demgemäss glatt, an der Spitze durchscheinend, meist schuppenlos und oft mit einer kaum wahrnehmbaren Delle versehen. An den am dichtesten besetzten Stellen fanden sich aber auch spitzkegelförmige, kleinere Papeln dazwischen. Am behaarten Kopfe fand ich endlich unter einer mässigen Pityriasis einige platte, erbsengrosse, rothe Flecke, die sich wie beginnende Lichen planus Flecke ausnahmen. Ausser asiatischen Pillen wurde in den ersten Wochen die äussere Behandlung mehrfach variirt. Nach vorübergehenden nicht befriedigenden Versuchen mit Chrysophansäure (Extr. chrysophan. e. rheo 5,0, Vasel. 50,0) und Naphtol (5,0 : Vasel. 50,0) in Salbenform, machte ich vergleichende Versuche an symmetrisch gelegenen Stellen des Körpers mit Carbolsäure 2% einerseits und Sublimat 2‰ andererseits in Form feuchtgehaltener Umschläge. Unter beiden Mitteln ging die Involution der Knötchen rascher vor sich als unter den erstgenannten Medicamenten, besonders aber unter den Sublimatumschlägen, weshalb ich vom 13. Juli an den ganzen Körper ausschliesslich mit einem $\frac{1}{4}$% Sublimat enthaltenden Bleiwasser behandelte. Nachdem vom 26. Juli noch 12 Sublimatbäder von 2,0 Sublimat genommen waren, erschien die Haut unter der gemeinsamen Wirkung von Arsenik und Sublimat am 7. August vollständig rein. Von da an liess ich die etwas spröde Haut allabendlich mit Carbolöl einölen und wellenförmig auf- und abgehend (3—9 Stück) die asiatischen Pillen bis zum 17. September fortnehmen, bis 400 Stück verbraucht waren, und sich die ersten Zeichen von Arsenikintoxication einstellten. Zur Kräftigung des anämischen Patienten liess ich ihn bis zum 11. November Seesalzbäder nehmen, und als derselbe sich um diese Zeit völlig wiederhergestellt und frisch fühlte, aus Vorsicht noch einen ganzen Monat asiatische Pillen gebrauchen, ohne dass sich seit 5 Monaten irgendwelches Recidiv gezeigt hätte. Die guten Wirkungen des consequenten äusserlichen Gebrauches von Sublimat und Carbolsäure beim Lichen bestimmten mich, den demnächst sich bietenden Fall von vornherein mit einer Sublimatcarbolsalbe zu behandeln und aus diesem Plane entstand meine *Zinksublimatcarbolschmiercur des universellen Lichen ruber acuminatus*, welche auch jetzt noch unstreitig eine der besten Behandlungen desselben ist. In diesem Falle glaubte ich den Patienten durch den über die sichtbare Heilung noch Monate lang hinaus fortgesetzten Arsenikgebrauch gegen jedes Recidiv ge-

schützt, und war deshalb nicht wenig erstaunt, als sich mir der Patient, ein volles Jahr später, im September 1882 mit einem wohlcharakterisirten Lichen planus des behaarten Kopfes allein vorstellte. Ich schloss, dass eine oder die andere Efflorescenz unter der Haarbedeckung damals übersehen worden, und sich nun langsam und unmerklich wieder vermehrt habe. Der Patient hatte für eine ordentliche Radicalcur seines Lichenrestes mittelst der Schmiercur wenig Sympathie und erschien nur sehr selten in der Sprechstunde, besonders da der ihm jetzt verordnete Sublimatspiritus zum Waschen des Kopfes nach seiner Meinung die rothen Stellen sehr prompt beseitigte. Ich verlor ihn im Anfang 1883 wieder aus dem Gesichte und sah ihn erst im November desselben Jahres wieder. Die Stellen des Kopfes waren kaum mehr zu sehen und genirten den Kranken nicht mehr, aber an beiden Vorderarmen waren einige wenige typische Flecke von Lichen planus aufgetreten, sonst war der ganze Körper frei. Meine öfter genannte Salbe beseitigte dieselbe zwar in einigen Wochen bei localer Anwendung, jedoch blieb ich über das Endresultat durch Ausbleiben des Pat. im Unklaren. Arsenik wurde nicht mehr genommen. Ganz kürzlich traf ich nun den Pat. wieder an einem dritten Orte. Er berichtete mir, dass der ganze Körper frei sei bis auf den Kopf; und in der That waren unter dem bereits ziemlich decimirten Haare noch etliche graurothe Stellen von Lichen planus zu sehen. Herr W. behauptete, nur seine Lässigkeit sei Schuld, dass er noch nicht ganz frei sei, da er die Kopfwaschungen niemals regelmässig vorgenommen habe, die ihm immer prompt geholfen hätten.

Auch in diesem Falle, in welchem der ganze Körper mit Licheneruptionen besäet war, konnte ich eine Entstehung der Planusefflorescenzen aus kleinen Papelgruppen nicht beobachten. Dagegen vergrösserten sie sich öfters unter meiner Beobachtung so deutlich peripher ohne jede Coalescenz neuer Papeln, dass ich nicht anstehe für diese wahre Form von Lichen planus, trotz aller eingeprägter Schulbegriffe, ein peripheres Wachsthum zu constatiren und zwar ein in recht weiten Grenzen unbeschränktes, während die Obtususpapel sich nur sehr mässig, die Acuminatuspapel gar nicht vergrössert. (Fortsetzung folgt.)

Ein Beitrag zur Casuistik der Nasenkrankheiten.

Von

A. Schwanebach.

Eugen Fränkel beschreibt (Sammlung Volkmann'scher Vorträge № 242) eine im Ganzen noch wenig bekannte Form von Erkrankung der Nase. Ich bin nun in der Lage zur Casuistik dieses Gebietes einen Beitrag liefern zu können.

F. L ein kräftig gebauter, blühend aussehender 24jähriger Mann, Händler auf dem Heumarkte, ist seit 1883 seiner Aussage nach lungenleidend und sind ihm in verschiedenen Ambulatorien alle nur existirenden Narkotica zur Beschwichtigung seines quälenden Hustens verschrieben worden. Seit dem 1. Mai a. c. hat er bei diesem Husten und Suffocationsanfällen Blutungen aus dem Munde, die sich häufig wiederholen und Pat. sehr ängstigen. Es zeigt sich erst etwas Blut im Sputum und mit sich steigerndem Husten vermehrt sich aus das Blut, bis zuletzt auf der Akme des Hustenanfalles 1—2 Esslöffel reines Blut ausgehustet werden. Pat. hat ausserdem fast jede Nacht starke asthmatische Anfälle.

Am 16. Mai erschien Pat. in meiner Sprechstunde mit oben beschriebenen Beschwerden. Da ich ausser einem leichten Bronchialkatarrh die Lungen gesund fand, glaubte ich die Quelle der Blutungen anderswo im Respirationstractus suchen zu müssen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab das Bild einer starken chronischen katarrhalischen Laryngitis; beide Stimmbänder diffus geröthet, verdickt, mit fadenziehendem Schleim bedeckt. Besonders stark geröthet und geschwollen war die Regio interarytaenoidea. Eine leichte subchordale Schwellung vervollständigte das Bild; Ulcerationen waren nirgends zu sehen. Der Rachen war mit Granulationen reichlich versehen, so dass seitlich 2 starke Längswülste, bis in das Cavum naso-pharyngeum hinaufragend, hervortraten. Die Rhinoskopia posterior ergab Granulationen der hinteren Wand und Beengung des Raumes nach oben durch die vergrösserte Rachentonsille, nach vorn zur Nase zu durch die hypertrophirten hinteren Enden der unteren Muscheln beiderseits. Die Rhinoskopia anterior zeigte ein eigenthümliches Bild: beide unteren Muscheln waren vergrössert, etwas geröthet, fühlten sich mit der Sonde prall elastisch an und waren an mehreren Stellen mit blassen warzigen Excrescenzen von der Grösse eines Hirsekornes besetzt. Bei der Untersuchung mit der Sonde bekam Patient jedes Mal einen Hustenanfall.

Eugen Fränkel beschreibt nun genau diese Form von Nasenkrankheit. Nach Fränkel hypertrophirt das normaler Weise in der unteren Muschel (oft auch in der mittleren Muschel, seltener am Septum) vorhandene cavernöse Schwellgewebe, welches von Henle compressibles im Gegensatze zum erectilen des Penis genannt wird, entweder diffus oder local, im letzteren Falle Geschwülste bildend, die zu den cavernösen Angiomen zu rechnen sind und deren Verwechselung mit Schleimpolypen für Patient und Arzt unheilvoll werden kann. Fränkel erwähnt auch kleiner Schleimhautexcrescenzen des diffus hypertrophischen Muschelüberzuges. Die bei dieser Erkrankung auftretenden klinischen Erscheinungen scheidet Fr. in locale und allgemeine. Zu ersteren gehören Erscheinungen, wie sie dem gewöhnlichen mit starker Secretion einhergehenden Schnupfen angehören und einfaches trockenes Verlegtsein der Nase, also der sog. Stockschupfen, Fortkriechen des Katarrhes in das Mittelohr, ebenso durch den Ductus naso-lacrymalis auf die Conjunctiva, dort Taubheit, hier lästiges Thränenträufeln bedingend. Eine fernere locale Erscheinung dieser Krankheit ist das heftige Nasenbluten. Von allgemeinen Erscheinungen, die alle ins Gebiet der Reflexneurosen gehören, führt Fränkel hauptsächlich asthmatische Anfälle an. Hustenparoxysmen mit negativem Kehlkopfbefunde, Neuralgien in einem oder mehreren Quintusästen, Schwindelanfälle, ja epileptische Anfälle können nach Fr. auf reflectorischem Wege so entstehen. Fr. weist hierbei darauf hin, dass so viele pathologische Erscheinungen des Nervensystems als reflectorisch aus krankhaften Veränderungen der weiblichen Genitalien hervorgegangen erklärt werden und fragt warum in dieser Beziehung der Nase nicht mehr Berücksichtigung gezollt werde. Fr. empfiehlt in allen diesen Fällen gleich die Galvanocaustik anzuwenden um die Ursache des Leidens, also die locale oder diffuse Hypertrophie des Muskelüberzuges radical zu beseitigen.

In meinem Falle, der complicirt war durch eine Pharyngitis granulosa, Hypertrophie der Tonsilla pharyngea und Laryngitis catarrhalis, die wohl alle mit dem Nasenleiden in einem gewissen Causalnexus standen, wandte ich Pinselungen des Nasenrachenraumes, der ganzen hinteren Rachenwand und der Nasengänge mit Jodglycerin, 2 Mal wöchentlich an (Rp. Jodi puri gr. j, Kalii jodati ℈j Glycerini ℥j), liess Patienten zu Hause fleissig gurgeln (Rp. Natr. bicarb., Natr. biborici āā ℥j, Glycerini ℥jjj, Aq. font. Pf. j und machte 3—4 Mal wöchentlich Insufflationen in den Kehlkopf mit Rp. Alum. depur., Sach. albi subt. pulv. āā ℥j, Morphii mur. gr. j). Nach einer Woche bereits war Pat. von den Blutungen befreit. Die Beobachtung ergab, dass dieselben ihre Quelle an mehreren Stellen der gleichfalls hypertrophischen mittleren Muscheln hatten, von wo dann das Blut längs dem abschüssig nach hinten verlaufenden mittleren Nasengange in den Nasenrachenraum hineinfloss. Die Excrescenzen und die Hypertrophie schwanden erst nach 6wöchentlicher Behandlung, nachdem ich die Jodglycerinlösung um das Doppelte verstärkt hatte und zwar die Hypertrophie nicht vollständig. Am längsten persistirten die Hustenanfälle, die mit der Behandlung stetig abnehmend erst nach 7—8 Wochen vollständig aufhörten und das Charakteristische zeigten, dass Narkotica ihnen gegenüber fast wirkungslos waren. Mir scheint mein Fall zu lehren, dass man nicht gleich mit der Galvanocaustik vorzugehen brauche, sondern mit dem milderen Verfahren beginnen und erst wenn dieses im Stiche lassen sollte, operativ einschreiten soll. Mein Pat., der jetzt vollständig wohl ist, hat noch eine geringe Hypertrophie der unteren Muscheln

nachbehalten, die, falls sie Pat. wieder beunruhigen sollte, leicht auf galvanokaustischem Wege wird beseitigt werden können. Ein leichtes Touchiren mit dem Galvanocauter wird jetzt genügen, und ich brauche keine heftigen Reactionserscheinungen, wie wir sie so häufig nach ausgiebiger galvanokaustischer Behandlung der inneren Nase eintreten sehen, zu befürchten.

St. Petersburg, September 1884.

Referate.

F. Lindenbaum (Jaroslawl): Ueber den antiseptischen Torfverband. (Wratsch №№ 32 und 33).

A. Bjelzow: Ueber die neuesten Vervollkommnungen bei Anlegung des Torfverbandes. (Wratsch № 39).

Lindenbaum benutzt seit ca. 2 Jahren nach Esmarch und Neuber's Vorschlag Torf als ausschliessliches Verbandmaterial in seinem Hospitale und hebt ebenfalls die gute Wirkung, wie auch die Billigkeit hervor. Da Jaroslawl von Torffeldern umgeben, so kostet der ganze Jahresbedarf nur eine ganz unbedeutende Summe.

Anfangs machte L. die zum Verband nöthigen mit Torf gefüllten Kissen kleiner, als Esmarch, dieses brachte jedoch nur bei im Verheilen begriffenen Wunden den gewünschten Erfolg. Bei frischem Wunden muss der Verband entschieden möglichst umfangreich sein. Ausser dem Umfange des Verbandes hebt Vf. als eine Unbequemlichkeit auch das schnelle Austrocknen des Verbandes hervor. Nach einigen Tagen ist er so locker, dass er durch eine neue Binde wieder mehr fixirt werden muss. Um das Austrocknen zu vermeiden, kann man über die Marly-Binde noch eine Gummibinde anlegen, wodurch auch etwaige capilläre Blutungen verhindert werden.

Unter Anderem hat Vf. den Torfverband bei 45 grösseren Amputationen benutzt darunter allein 12 am Oberschenkel. Gestorben sind dabei 5 Patienten, von denen 3 schon pyämisch zur Operation kamen, die 2 Anderen aber über 80 Jahre zählten. Die Resultate sind also äusserst günstig.

Bjelzow verfügt nicht über eigene Beobachtungen, sondern beschreibt die neuesten Vervollkommnungen, welche Neuber gegenwärtig in Anwendung bringt. Da der Torfverband bei längerem Liegen einen üblen Geruch verbreitet (durch Zersetzung des aufgesogenen Secretes), so proponirt Neuber Folgendes um die Wundsecretion zu vermindern: 1) Während der Operation ist zum Berieseln der Wunde nicht Carbolsäurelösung, sondern eine Kochsalzlösung (0,6 %), die mit destillirtem Wasser bereitet und doppelt filtrirt wird, zu verwenden. Erst vor dem Anlegen der Nähte spült man mit Sublimatlösung (1 : 2000). 2) Die Wunde ist möglichst wenig zu betupfen und die Blutung möglichst subtil zu stillen. 3) Die Nähte sind nur mit in der Klinik bereitetem Sublimatcatgut anzulegen. 4) Vernähen der Wunden, *ohne* Einlegung von Knochendrains, durch Nähte, welche die Wundfläche möglichst verkleinern, wodurch dann auch die Torfkissen länger vorhalten, ohne Geruch zu verbreiten.

P.

Prof. Demme: Ueber das Auftreten von spastischer Spinalparalyse bei einem durch einen Blitzschlag getroffenen Kinde. (Aus: XX. medic. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals etc. Wien. med. Blätter 1884 № 23).

Ein 7-jähriger Knabe wird vom Blitzschlag getroffen und verliert das Bewusstsein. Nach 2 Tagen ist er wieder zu sich gekommen; jedoch kann er weder sprechen noch schreiben. Paraplegie der unteren Extremitäten. Lähmung der Blase und des Mastdarmes. Sehnenreflexe herabgesetzt. Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der unteren Extremitäten normal. Sein Zustand bessert sich im Laufe der folgenden 12 Tage allmälig bedeutend und zwar so, dass zunächst das Schreibvermögen und dann die Sprache wiederkehrt. Letztere ist jedoch langsamer, gedehnter geworden wie früher. Auch Beweglichkeit der unteren Extremitäten stellt sich wieder ein. Urin und Stuhl werden freiwillig entleert.

Beim Verlassen des Bettes ergiebt sich nun, dass der bisherige Lähmungszustand Erscheinungen der Spinalparalyse Platz gemacht hat. Der Gang des Knaben ist höchst characteristisch geworden. Er setzt die Füsse mit Mühe und langsam vor einander, tritt mit den Zehenspitzen auf. Dabei sind die Kniee eng an einander gepresst und die unteren Extremitäten in einer leichten Beugestellung fixirt. Die Muskeln etwas rigid. Sehnenreflexe wesentlich gesteigert, Fussklonus sehr ausgesprochen. Elektriche Erregbarkeit jedoch normal.

Bei einer Behandlung mit schwachem, stabilem, absteigendem, constantem Strom vergehen im Verlauf der folgenden 2 Monate auch diese Symptome fast vollständig; nur die Sprache bleibt etwas gedehnt, scandirend.

Die anfängliche Paraplegie bezieht D. auf die Erschütterung des Rückenmarks. Ob das Bild der spastischen Spinalparalyse auf eine begrenzte Myelitis, oder auf eine eben beginnende Lateralsclerose zu beziehen ist, lässt er dahingestellt. Jedenfalls meint er, im Hinblick auf den gänzlichen Mangel von Atrophie der Muskeln, das Verhalten gegen die Elektricität u. s. w., dass es sich nicht um die Charcot'sche sog. aymotrophische Form der Seitenstrangs-Sclerose gehandelt haben kann.

—s.

Freud (Wien): Eine neue histologische Methode für die Untersuchung der Nervenfasern in Gehirn und Rückenmark. (Brain, 25. April 1884, pag. 86 - 89).

Stücke des Organs werden in doppeltchromsaurem Kali oder Erlizki's Flüssigkeit (2½ Th. $KO\,2Cr_2O_3$, 0,5 Th. CuO.SO₃, 100 Th. Wasser) gehärtet und nach erfolgter Härtung in Alcohol gelegt, worauf mit dem Mikrotom feine Schnitte gemacht werden, welche man in destillirtem Wasser wäscht. Diese gewaschenen Schnitte werden in 1 % wässrige Goldchloridlösung auf 3—5 Stunden gebracht, dann mit einem Holzstäbchen herausgenommen, in destillirtem Wasser gewaschen und in eine concentrirte (1 : 5 oder 6) Lösung von Aetznatron gelegt, wodurch sie durchsichtig und schlüpfrig werden. Nach 2—3 Minuten werden sie mit demselben Holzstücke herausgenommen und durch Abtröpfelnlassen von dem überschüssigen Natrum befreit. Dann legte man die natronhaltigen Stücke in eine 10 % Jodkaliumlösung, wodurch sie eine zarte rosenrothe Färbung erhalten, welche in den nächsten 5—15 Minuten nachdunkelt. Stammt das betreffende Präparat von einem Erwachsenen, so braucht es nur mit Wasser gewaschen und in Alcohol gelegt zu werden um in der gewöhnlichen Weise montirt zu werden; ein, von einem Neugeboren oder einem Embryo stammendes Präparat muss, um Schrumpfung und Faltung zu vermeiden, mit einem Haarpinsel auf eine Glasplatte gebracht und ohne aufzudrücken mit Fliesspapier getrocknet werden, oder es muss mit diesem Fliesspapier das überflüssige Alcali durch Anlegen desselben an die Ecken des Präparates entfernt werden; Ueberhärtung und Brüchigkeit muss vermieden werden. Die Fasern werden bei dieser Methode rosenroth, dunkelpurpurn, blau oder selbst schwarz gefärbt, während die im leicht gefärbten Untergrunde liegende graue Substanz, die Gefässe und die Neuroglia sich dem Beobachter nicht aufdrängen. Ein grosser Theil der Fasern, welche durch Carmin nicht gefärbt worden und vor dem Bekanntwerden der Methoden von Exner und Weigert unentdeckt blieben, werden inmitten der weissen und grauen Substanz zerstreut gesehen. Bei Erwachsenen erschwert das gleichzeitige Sichtbarwerden der grossen Nervenzellen die Analyse des gesammten Fasernbildes, bei Neugeborenen und Embryonen aber werden die Fasern allein sichtbar und die bereits mit einer Markscheide versehenen durch eine dunklere Färbung unterscheidbar; bei starken Vergrösserungen werden die Axencylinder so deutlich sichtbar, dass man sie zählen kann.

Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

R. Thomsen und H. Oppenheim: Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anaesthesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems. Arch. f. Psych. XV, p. 559.

Unter obigem Titel haben die Verff. (Assistenten von Prof. Westphal) die ausführliche Veröffentlichung ihrer bereits vorläufig (Neurolog. Centralbl. 1883 № 23 und 1884 № 2) mitgetheilten Untersuchungen über die Störungen der sensorischen Functionen zunächst bei Epileptischen begonnen. Sensorische Anaesthesien und Hemianaesthesien, d. h. concentrische Gesichtsfeldeinengung (G. F. E.), Störungen des Gehörs, Geruchs, Geschmacks und des Muskelsinns mit oder ohne Betheiligung der cutanen Sensibilität kommen wie bei Hysterischen auch bei Epileptischen zur Beobachtung und zwar als vorübergehende, im Anschluss an Anfälle und deren Aequivalente auftretende und als stationäre sensorische Symptome. Von 94 untersuchten Epileptischen beiderlei Geschlechts fanden sich passagere oder stationäre Störungen der Sensibilität im weitesten Sinne bei 33 Fällen = 35 %. Cutane oder sensorische Anaesthesien ohne Mitbetheiligung des Gesichtsfeldes wurden nicht beobachtet, während concentrische G. F. E. ohne jede Störung der Sensibilität der Haut und der übrigen Sinnesorgane nicht selten war. Daher wurde dieser, am regelmässigsten vorkommenden Störung durch perimetrische Untersuchungen die grösste Aufmerksamkeit geschenkt. Die passagere sensorische Anaesthesie (speciell conc. G. F. E.) trat auf:

1) nach einem epilept. Anfall, wenn sich an denselben ein Zustand von Bewusstseinstrübung (Stupor, hallucinator. Delirien, Exaltationszustand anschloss);

2) nach einem epilept. Anfall, wenn sich an denselben ein Zustand von Depression und Reizbarkeit der affectiven Sphäre bei übrigens intactem Bewusstsein schloss;

3) nach Aequivalenten, epileptoïden oder Abortivanfällen.

Nach dem Verschwinden dieser Zustände erweitert sich das Gesichtsfeld langsamer oder rascher wieder zur normalen Ausdehnung.

Nach «rein-motorischen» d. h. typischen epilept. Anfällen wurde die Anaesthesie nicht gefunden.

Die stationäre sensorische Anaesthesie fand sich bei langjährigen, meistens schwachsinnigen Epileptischen unabhängig vom Anfall und

von der Art desselben. In einer Reihe gleichartiger Fälle fand sie sich nicht.

Die G. F. E. der Epileptischen tritt stets als concentrische (für Weiss, wie für Farben) auf, nie wurden sectorenförmige Defecte oder Hemianopsie beobachtet. Bei dem kleineren Theil der Fälle ist gleichzeitig die Sehschärfe herabgesetzt, bei den meisten ist die Sehschärfe trotz mehr oder wenig hochgradiger conc G. F. E. normal.

In der Fortsetzung dieser Arbeit sind entsprechende Untersuchungen über Hysterie und nicht hysterische Psychosen zu erwarten. Ob diesen für die Erweiterung des Symptomenbildes der Epilepsie etc. werthvollen Untersuchungen auch eine differential-diagnostische, eventuell prognostische Bedeutung beizumessen ist, kann erst nach Abschluss dieser Fortsetzung entschieden werden.

Mercklin.

L. Bertenson und N. Woronichin: Die Mineralwässer, Schlamm- und Seebäder Russlands und des Auslandes. Dritte neu bearbeitete und bedeutend vervollständigte Auflage. St. Petersburg 1884. Verlag von C. Ricker. Russisch. 425 Seiten gross-octav.

Es freut uns, unsern Lesern mittheilen zu können, dass dieses Werk, dessen 2. Auflage wir im vorigen Jahr[1] in dieser Wochenschrift besprochen haben, nunmehr schon in dritter Auflage erschienen ist, denn es verdient die Anerkennung, die es sich in ärztlichen Kreisen erworben hat, in vollem Maasse. Den Vorzügen des Buches sowohl was seine ganze Anlage, als was seine Darstellungsweise betrifft, haben wir schon in unserer Kritik der zweiten Auflage gerecht zu werden versucht; es genügt daher hier nochmals auf dieselbe hinzuweisen.

Entsprechend den raschen Fortschritten, welche die balneologische Literatur namentlich der russischen Bäder und Heilquellen im letzten Jahr gemacht hat, ist auch im vorliegenden Werk der vaterländischen Balneologie eine viel weitere Berücksichtigung zu Theil geworden als in der vorhergehenden Auflage desselben. Die in den beiden letzten Jahren veröffentlichten Arbeiten der «Odessaer Balneologischen Gesellschaft» und der «Balneologischen Section der Gesellschaft zur Pflege der Volksgesundheit» sowie viele kleinere balneologische Arbeiten sind in dieser Beziehung gewissenhaft benutzt worden.

Einer den neuesten wissenschaftlichen Thatsachen entsprechenden Umarbeitung sind namentlich das Kapitel über die physiologische Wirkung der Mineralwässer, sowie die Abschnitte über die See- und Schlammbäder unterzogen worden. Viele Analysen und meteorologische Angaben über sanitäre Stationen (besonders russische) sind neu ins Werk eingereiht worden; desgleichen haben über 100 in der vorigen Auflage noch nicht erwähnte Namen von Bädern und Sanatorien, die allerdings meist zweiten Ranges sind und keine praktische Bedeutung beanspruchen können, hier der Vollständigkeit halber Aufnahme gefunden. Ob damit in der That den Interessen des Buches und seiner Leser gedient ist, muss der Erfolg lehren. Gerade auf dem Gebiete der Balneologie, wo bekanntlich die zahlreichen Privatinteressen der Hôtelwirthe, Quellenbesitzer etc. eine nur zu grosse Rolle spielen und die Reclame ihre üppigsten Blüthen treibt, darf man mit dem Lobe nicht zu freigebig sein. Für einen eben im Entstehen begriffenen kleinen Badeort ist es aber entschieden ein Lob, in dem gediegenen und wissenschaftlich ernsten Werk von Bertenson und Woronichin überhaupt erwähnt zu sein. Wir möchten daher den Wunsch aussprechen, dass die Grenze dessen, was noch Erwähnung und balneologisches Interesse verdient, nicht zu weit gezogen werde.

Die vielfachen Zusätze und Vervollständigungen haben den Umfang des Werkes um 100 Seiten wachsen lassen.

Als eine Anerkennung von maassgebender fachmännischer Seite, auf die die Verfasser mit Recht stolz sein können, möchten wir noch erwähnen, dass das gelehrte medicinische Comité des Kriegsministeriums das Werk in die Zahl der Handbücher für Militairärzte aufgenommen hat und dasselbe dem entsprechend als Beilage zum militair-medicinischen Journal (Военно-медицинскій журналъ) versendet.

Die Eleganz der Ausstattung lässt Nichts zu wünschen übrig.

D—o.

Vermischtes.

— Am 8. October verstarb hierselbst Geheimrath Dr. J. Glebow, beständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comite's, Prof. emeritus der Moskauer-Universität und Ehrenmitglied der Gesellschaft russischer Aerzte.

— *Verstorben*: 1) In Pjatigorsk der dortige Stadtarzt, Dr. Tschernjak, welcher früher auch Redacteur der «Terek-Zeitung» war, nach langwährender Krankheit. Der Verstorbene hat 4 Kinder ohne alle Existenzmittel hinterlassen. 2) Der Arzt am Heiligen-Geist-Hospital in Rawa Sagurowski. 3) Der Arzt in Sergiewski-Possad Tscherokow. 4) Der jüngere Arzt des Wladimir'schen Regiments Milostanow.

— Die Docenten der Kasan'schen Universität Dr. Gay, (Syphilidolog) und Dr. Langel (Pharmaceut) sind auf Grund des neuen Universitäts-Statuts zu ausserordentlichen Professoren für die entsprechenden Fächer ernannt worden.

— Die Vorlesungen über gerichtliche Medicin an der Warschauer Universität sind bis zur definitiven Besetzung dieser Docentur Dr. Kotelewski übertragen worden.

— Am 17 September beging der Oberarzt des Militär-Hospitals in Minsk, Dr. J. Arckangelski, sein 25-jähriges Jubiläum in einem kleineren Kreise von Collegen und Dienstgenossen. (Wr.)

— Zwei Landschaften, die Jelisawetgrad'sche (Gouv. Cherson) und die Meschtowskische (Gouv. Kaluga), haben bereits Vorsorge getroffen für den Fall eines Ausbruchs der Cholera. Sie haben durch den Rector Studenten der beiden letzten Curse an der Charkow'schen Universität auffordern lassen, eventuell die Behandlung in den kleinen Cholerahospitälern, welche in diesen Kreisen eingeführt werden sollen, zu übernehmen. Die Jelisawetgrad'sche Landschaft will ausser freier Hin- und Rückreise 5 Rbl. täglich zahlen. Es sollen sich recht viele Studenten dazu bereit erklärt haben.

— Zwei ärztliche Vereine in Wien haben Neuerungen eingeführt, welche unzweifelhaft auf das wissenschaftliche Leben in diesen Vereinen fördernd wirken werden. Das Doctorencollegium hat beschlossen, in seinen wissenschaftlichen Versammlungen an Stelle der bisher üblichen Vorträge, künftig Referate über die einzelnen theoretischen und praktischen Fächer der Medicin und Chirurgie zu bringen. Der Vorstand der Section Wien des Vereins der Aerzte in Niederösterreich hat den Mitgliedern angezeigt, dass künftighin der Charakter der in den Versammlungen zu haltenden Vorträge ein vorwaltend demonstrativer sein werde.

— Die deutsche Reichsregierung hat auf Veranlassung eines Reichstagsbeschlusses eine *Sachverständigen-Commission* zusammenberufen, *welche über die verschiedenen das Impfwesen betreffenden Fragen zu berathen* und auch die von den Impfgegnern vorgebrachten Klagen über den Schaden des Impfgesetzes endgültig erledigen soll. Zu diesen Berathungen sind ausser hervorragenden Medicinalbeamten Deutschlands auch grundsätzliche Impfgegner, wie Dr. Weber (Köln), Dr. Betz (Heilbronn) und Dr. Boeing (Uerdingen) hinzugezogen worden. Ueber die Resultate dieser Conferenz werden wir, sobald dieselben uns vorliegen, genauer berichten. Heute wollen wir jedoch schon auf die interessanten und in überwältigender Weise *für* das Impfgesetz sprechenden Thatsachen hinweisen, welche die «N. A. Ztg.» von officiöser Seite bei Gelegenheit dieser Berathungen mittheilt.

Seit Einführung des Impfgesetzes in Deutschland, also *seit 9 Jahren*, sind in den meisten Städten des Deutschen Reiches *weder Erkrankungen*, noch Sterbefälle an den Pocken vorgekommen, während in früheren Jahren die Kindersterblichkeit an Pocken bis zu 50% aller Geborenen vor dem zurückgelegten ersten und zweiten Jahre wieder hinwegraffte. Nach längeren Zwischenräumen kommen zwar einzelne Fälle von Pockenerkrankungen vor, die gewöhnlich zugereisten Personen angehören, aber meist bleiben solche Fälle durch die Vorkehrungen der Polizeibehörden, da jeder Pockenerkrankungsfall zur Anzeige gebracht werden muss, isolirt und die eingeborene Bevölkerung bleibt verschont. Diese Veränderung der Mortalität an Pocken (im Jahre 1723 starben in Paris an den Pocken innerhalb 5 Monaten 13,350 Personen, in Schweden innerhalb 10 Jahren 91,000, im Jahre 1778 in Preussen 26,646 und im Jahre 1795 im Nordosten von Deutschland 65,230 Personen) ist plötzlich mit dem Jahre 1874 eingetreten und macht sich ganz besonders in den Städten bemerklich, die 1871/72 so schwer durch die Pocken gelitten haben. In Berlin, einer Stadt von weit über 1 Million Einwohner, sind kaum noch einige Fälle vorgekommen. Die 1870 so schwer heimgesuchten Städte Leipzig, Chemnitz, Magdeburg, Breslau sind fast ganz pockenfrei geblieben. *Seit 1874 sind im Deutschen Reiche grössere, weit verbreitete Epidemieen nicht mehr vorgekommen;* kleinere kamen namentlich an den Ostgrenzen (in den an den polnischen u. böhmischen Grenzdistricten liegenden Ortschaften), vor Allem in Königsberg i. Pr., Thorn, Beuthen O.-S., Königshütte, vor und rührten augenscheinlich von Einschleppungen aus den Nachbarstaaten her. An der Westgrenze bildete sich, unzweifelhaft durch die Berührung mit Belgien, Luxemburg, Verviers, Brüssel, ein zweiter Herd und wurden die Stadt Aachen und die westfälischen Fabrikorte Essen, Crefeld und Cöln hauptsächlich die Herde dieser Epidemien. Aber auch hier blieben sie im Vergleiche zu den Vorjahren sehr beschränkt. Am bezeichnendsten war es, dass z. B. das Militär in Aachen, obgleich es bei den Bürgern einquartirt war, vollständig von den Pocken verschont blieb. Der grösste Theil von Deutschland, Elsass-Lothringen, ganz Süd-Deutschland, Thüringen, Holstein, die Pfalz, die Rheinlande, Hessen, Baiern (mit Ausnahme von München und Nürnberg, wo 1881 gegen 21 Pockentodesfälle) und Sachsen (mit Ausnahme von Zittau, wo in Folge einer Einschleppung aus Böhmen mehrere Pockentodesfälle vorkamen) sind seit 9 Jahren so gut wie pockenfrei geblieben, während zu derselben Zeit wiederholt bedeutende Pocken-Epidemieen in den benachbarten Ländern herrschten, wo, wie in Paris i. J. 1880 über 2,200, in Antwerpen 812, in London 475, in Wien 534, in Prag 450, in Madrid 1202, in Odessa 94 u. s. w. Todesfälle vorgekommen sind. (In Russland starben nach den im officiellen Bericht des Medicinaldepartements angeführten Zahlen, die noch weit hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, im Jahre 1879 von 89,156 Pockenkranken 25,574 (in St.

[1]) cfr. p. 122 des Jahrgangs 1883 dieser Wochenschrift.

Petersburg allein kamen 1180 Pockentodesfälle vor), im Jahre 1880 von 91,442 — 22.053, im Jahre 1881 von 121.937 – 28,046. Anm. d. Ref.). Die deutschen Hafenstädte Bremen und Hamburg sind von Pocken fast ganz verschont geblieben, in Lübeck sind 1881 nur 8 Todesfälle (wahrscheinlich in Folge von Einschleppung aus den baltischen Gegenden) vorgekommen.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass hin und wieder bei der Impfung mit humanisirter Lymphe durch Zufälligkeiten und Versehen Impfschädigungen vorgekommen sind, so müssen doch die seitens der Impfgegner gegen das Impfgesetz geltend gemachten Vorwürfe, die sich auf die angebliche Zunahme von Kinderkrankheiten und Diphtherie, von Syphilis und Scrophulose beziehen, als übertrieben und grösstentheils unbegründet bezeichnet werden. U. A. hat Wernher sorgfältig alle in Europa seit 1814 bekannt gewordenen Impfvergiftungen mit Syphilis gesammelt, wobei sich ergeben hat, dass in ca. 70 Jahren in ganz Europa nur 36 Fälle bekannt geworden sind, von denen bei mehr als der Hälfte die Uebertragung der Syphilis durch die Impfung sehr fraglich, jedenfalls nicht bewiesen worden ist. Seit 1872 ist kein Fall mehr veröffentlicht worden, was darauf zurückgeführt wird, dass das Impfgeschäft durch gebildete Aerzte vorgenommen wird, die vorsichtig dabei zu Werke gehen. Beim englischen Militär, wo auch geimpft wird, ist nie ein derartiger Fall, beim preussischen Militär ein einziger nicht ganz sicherer Fall vorgekommen, in Berlin, Wien Paris, London, Amsterdam, München nicht ein Fall. Die häufigste Impfschädigung ist die Impfrose, die aber bei jeder Verwundung, namentlich bei Impfungen in der heissen Jahreszeit leicht vorkommen kann, weshalb in den heissen Ländern nicht in der heissen Jahreszeit geimpft wird. Auch die Beschaffenheit der Localität, in der geimpft wird, trägt zur Entstehung der Wundrose bei. Nachdem es nun in der neueren Zeit gelungen ist, auch von *animaler Lymphe* grössere Quantitäten anzuschaffen und dieselbe auch für lange Zeit vollständig wirksam zu erhalten, und da durch den Gebrauch solcher Lymphe, die nur von vollständig gesunden Thieren aus den Impfanstalten zur Benutzung bezogen werden darf, fast allen der Impfung mit humanisirter Lymphe vorgeworfenen, immerhin möglichen Schädigungen vorgebeugt werden kann, so hat man in der Anwendung der animalen Lymphe das Mittel, Uebertragungen irgend welcher Krankheitskeime eines Menschen auf den anderen zu verhüten.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 28. October 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2358	1658	4016
Kinderhospitäler	138	154	292
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	148	63	211
Scharlach	8	27	35
Pocken	15	7	22
Venerische Krankheiten	369	377	746

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 21. — 27. October 1884 besucht von 2070 Kranken, darunter zum ersten Mal von 863.

am 4. Noember 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2336	1672	4008
Kinderhospitäler	128	165	293
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	126	55	181
Scharlach	7	25	32
Pocken	13	10	23
Venerische Krankheiten	373	348	721

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 28. October bis zum 3. November 1884 besucht von 2240 Kranken, darunter zum ersten Mal von 920.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 4. bis 10. Nov. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
221	180	401	78	33	47	13	7	7	49	39	39	44	26	17	0	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 2, Scharlach 2, Diphtherie 17, Croup 4, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 0, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung der Athmungsorgane 39, Lungenschwindsucht 85, andere Krankheiten der Brusthöhle 7, Gastro-intestinal-Krankheiten 53, andere Krankheiten der Bauchhöhle 13, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 19, Marasmus senilis 12, Cachexia 22.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 16.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	19—25 Oct.	190 115	96	12	26,2	12,5	33,4
Kopenhagen	22—28 Oct.	267 000	101	20	19,7	19,8	37,0
Berlin	26 Oct.—1 Nov.	1 192 203	524	91	22,2	17,1	35,2
Wien	26 Oct.—1 Nov.	759 849	312	7	21,4	2,2	33,1
Brüssel	19—25 Oct.	171 293	69	3	20,9	4,3	30,7
Paris	24—30 Oct.	2 239 928	989	102	22,8	10,3	28,0
London	26 Oct.—1 Nov.	4 019 361	1503	176	19,5	11,6	35,5
St. Petersburg	**2—8 Nov.**	**928 016**	**403**	**54**	**22,5**	**13,4**	**36,2**

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. November c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. November c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 16 Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. **St. Petersburger** I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 47. St. Petersburg, 24. November (6. December) 1884.

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von

Dr. P. G. Unna,

dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

(Fortsetzung.)

Der folgende Fall zeigt ebenfalls ein Zusammentreffen aller drei klinisch unterscheidbaren Arten des Lichen ruber:

VII. Frl. M. D., 24 Jahre alt, niemals hautkrank gewesen und überhaupt von blühender Gesundheit und kräftigem Körperbau, von Beruf Maschinennäherin, merkte um Weihnachten 1881 zuerst an der Stirne einen flachen, mässig juckenden, rothen Fleck. Bald darauf gesellten sich auf den übrigen Theilen des Gesichtes einige neue rothe Kreise hinzu, während der erste sich allmälig vergrösserte. Zwei Wochen später brach mit einem Male über den ganzen Körper ein rother Ausschlag aus, der aus kleinen, erhabenen Knötchen bestand. Am 5. Februar trat Patientin in meine Klinik ein. Der ganze Körper, Gesicht, behaarter Kopf und Hände nicht ausgenommen, waren besäet mit kleinen Lichenknötchen, welche theils braunroth, theils hellroth, meist glatt und schuppenlos waren. An den Armen und Beinen hatten sie grösstentheils die Form spitzkegliger, senfkorngrosser, geschuppter Acuminatus-Knötchen; am Halse, Bauche, in den Contactbeugeflächen der Gelenke und dem Gesichte waren hingegen die meisten stumpfkeglig, pfefferkorngross, an der Basis breiter, wenn auch immer vollkommen rund und auf der schuppenlosen Kuppe häufig mit einer Delle en miniature versehen. Als dritte Lichenform fanden sich 4 grössere, 20—50 Pfennigstück grosse, ovale bis rundliche, braunrothe, zum Theil mit einem seidenpapierähnlichen, knittrigen Schüppchen, bedeckte, ganz flache Stellen, die einen richtigen Lichen planus darstellten. Drei derselben sassen auf dem Bauche, der 4. war mit der zu allerest bemerkten Lichenefflorescenz auf dem linken Theile der Stirn identisch, die zur Zeit der Aufnahme die Grösse einer Haselnuss erreicht hatte. Auf derselben zeichnete sich ein stecknadelkopfgrosser, weisslicher Punct im Centrum ab. Der behaarte Kopf war diffus mit weissen Schuppen bedeckt. Pat. klagte über Appetitlosigkeit, grosse Mattigkeit im Gehen, und über Brennen und Jucken der etwas gerötheten Conjunctivae. Die übrigen Schleimhäute waren frei. Das Jucken war nicht so erheblich wie in den schlimmsten Fällen, aber doch so stark, dass Pat. seit 8 Tagen keine Nacht geschlafen hatte. Es war sichtlich an das Aufschiessen neuer Knötchen gebunden, während die schon länger bestehenden Efflorescenzen nur noch wenig juckten. Vom Tage ihres Eintritts am 5. Februar bis zu ihrer Entlassung am 19. Februar 1882 wurde die Pat. Tag und Nacht unter wollenen Decken unter Einwirkung der 2mal täglich eingeschmierten Salbe: Rp. Ung. Zinci benz. 500,0, Sublim. 1,0, Acid. carbol. 20,0 M. gehalten. Auch der behaarte Kopf wurde einmal täglich mit der Salbe eingerieben. Gebadet wurde während dieser Zeit garnicht, dagegen der Mund Tags über fleissig mit Kal. chloric. gespült. Schon die erste Nacht in der Klinik schlief die Kranke; nach 4 Tagen war alles Jucken und damit das Aufschiessen neuer Knötchen vorüber, der Appetit und das allgemeine Wohlbefinden vortrefflich. Nur die 4 grossen, flachen Lichenstellen reagirten weniger auf die Schmiercur, weshalb sie nach 8 Tagen mit einem Arsenik-Pflastermull bedeckt wurden. Am Schlusse der Cur waren sie auch, wie alle übrigen Efflorescenzen nur noch als bläulich-graue Stellen wahrnehmbar. Die ganze Haut hatte ein matt getigertes Ansehen, doch war von dem nach langem Lichenbestande so auffallend hervorstechenden, braunen Pigment nur wenig zu bemerken. Vom Beginne der Cur an hatte die Pat. innerlich zugleich täglich 3mal 2 Tropfen Sol. Fowleri genommen, um für eine spätere Fortsetzung der Cur mit höheren Dosen Arsenik vorzubereiten. An dem raschen Heilungsresultate kann ich natürlich dem Arsenik keinen nennenswerthen Antheil zuschreiben. Ich weiss auch nicht, ob die Pat. nach ihrer Heilung ihn gewissenhaft fortgenommen hat, da sie sich der Controle entzog. Während einer späteren Krankheit ihrer Mutter traf ich sie jedoch vollkommen gesund an.

In diesem Falle, welchen ich in Beziehung auf die Vertretung der drei Lichenformen in einem Krankheitsbilde wohl als classisch hinstellen kann, schien es mir, dass die kleinere acuminirte Form sich topographisch und anatomisch mehr (ich sage nicht: ausschliesslich) an die Streckseiten und speciell die Haarbälge, die grössere Obtususform mehr an die Beugeseiten und speciell die Schweissporen hielt. Demgemäss erschienen die letzteren auch oft mit der bekannten winzigen Delle, die ersten oft mit einem Lanugohäärchen versehen. Bemerkenswerth ist es auch, dass hier mit Bestimmtheit der allgemeine, acute Ausbruch secundär erfolgte, nachdem eine Planus-Efflorescenz bereits seit einiger Zeit bestand.

Damit ist die Polymorphie des Lichen ruber aber noch nicht erschöpft. Wir haben uns gewöhnt im Anschlusse an die Auseinandersetzung, welche Ferd. Hebra bereits in der ersten Auflage seines Lehrbuchs gab, unter Lichenknötchen nur solche Efflorescenzen zu verstehen, welche während der ganzen Dauer ihres Bestandes solide Papeln darstellen und nie eine Umwandlung in Bläschen oder Pusteln erleiden. Die durch diese klinische Unterscheidung hervorgerufene Sicherheit der Diagnose und Classification ist nicht blos bisher sehr wohlthätig empfunden worden, sie wird auch weiter vollständig zu Recht bestehen bleiben, selbst wenn wir — und ich sehe hier keinen Aus-

weg — in Zukunft genöthigt sein werden, zuzugeben, dass ausnahmsweise auch grössere *bullöse* Efflorescenzen das Bild eines Lichen erheblich zu compliciren vermögen.

Ich erinnere mich noch des frappirenden Eindrucks, den die Frage von Morrant Baker auf dem internationalen Congresse in London 1881 auf mich machte, ob ich beim Lichen einmal Pemphigusblasen gesehen habe. Ich glaubte damals, diese Frage verneinen zu müssen, und erinnerte mich doch bald nachher, dass ich bereits ein solches Vorkommen, und zwar gerade vor meiner Abreise nach England, gesehen hatte. Der Fall war folgender:

VIII. Frau L., 68 Jahre alt, eine bis dahin für ihr Alter kräftige und früher bis auf rheumatische Attaquen meist gesunde Frau wurde von ihrem Wandsbecker Arzte wegen eines seit 6 Wochen bestehenden Exanthems, das plötzlich am ganzen Körper auftrat, am 27. Juni 1881 in meine Klinik gesandt. Sie zeigte am ganzen Körper die klein-papulöse Form des Lichen ruber, der ziemlich gleichmässig disseminirt aufgetreten war und durch ein unerträgliches Jucken die Patientin sehr heruntergebracht hatte. An den Händen und Füssen zeigten sich nur einige, vereinzelte Flecke von grösseren Dimensionen und geringerer Höhe, die weniger juckten als die spitzen Knötchen des Rumpfes. Der Kopf und die inneren Handflächen und die Fusssohlen waren frei. Die erste Verordnung bestand in der universellen Einreibung mit folgender Salbe: (Ung. Zinci benz. 500, Acid. carbolici, Ol. oliv. āā 20, Cretae 10), welche das Jucken bereits beträchtlich linderte. In alter Weise wurde zugleich mit: Sol. Fowleri 10, Aq. Cinnamonii 70, Syr. cort. aur. 10, 2mal täglich 20 Tropfen begonnen. Am 30. Juni wurde der Salbe versuchsweise Theer zugesetzt (Ol. Cadini, Acid. carbol. āā 10, Glyc., Aq. calcis āā 50, Adipis 400, Boli alb. 200), doch ohne besonderen Erfolg in Bezug auf eine raschere Involution der Knötchen. Am 6. Juli wurde daher einfach wieder auf eine Carbolpaste (Ol. carb. 5%, Aq. calcis āā 100, Boli albi 150) zurückgegriffen und diese am 8. Juli noch verstärkt (Ol. carb. 10%, Aq. calcis āā 100, Glycer. 100, Boli 200), während mit den Arseniktropfen, des sehr empfindlichen Magens wegen, nur langsam gestiegen wurde. Jetzt erst begann eine allgemeine Involution der Knötchen am ganzen Körper wahrnehmbar zu werden. Zugleich zeigten sich auf den flachen Papeln beider Fussrücken *einige grosse Blasen*, welche ich als Effect des Kratzens anzusehen geneigt war, was übrigens von der Patientin mit Bestimmtheit in Abrede gestellt wurde. Inzwischen hatte ich den Werth des Sublimates bei einem andern Patienten für die Behandlung des Lichen ruber erkannt und verordnete deshalb am 20. Juli die universelle Einreibung mit folgender Salbe: Ung. Zinc. benz. 500, Acid. carbol., ol. olivar. āā 20, Cretae 10, Sublimat 0,5, wodurch das ohnehin schon stark im Abheilen begriffene Exanthem in 4 weiteren Tagen vollständig zum Schwinden gebracht wurde. Die Tropfen wurden nach dem Abgang aus der Klinik noch 4 Wochen genommen, bis ein Magenkatarrh zum Aussetzen nöthigte. Eine Revision nach drei Jahren ergab, dass Pat., jetzt 71 Jahre alt und noch sehr kräftig und rüstig, nie einen Rückfall mehr gehabt, auch nicht mehr an Rheumatismus gelitten hat. Sie hatte aus der Klinik die Gewohnheit beibehalten, sich täglich einmal den ganzen Körper mit grüner Seife abzuwaschen.

Hier hatte ich die wahrscheinlich ganz spontan aufgetretenen Blasen an beiden Füssen, welche genau so gross waren wie die daselbst befindlichen breiten, flachen Lichenpapeln eben deshalb für Kratzeffecte gehalten, weil ich von dem Schulbegriff des Lichen befangen war. Der folgende Fall belehrte mich jedoch eines Bessern.

IX. M. K., 17 Jahre alt, aus D. Derselbe giebt an, als Kind oft an einem Blasenausschlag im Gesicht und auf den Händen gelitten zu haben (Impetigo contagiosa?), und zwar soll derselbe sich fast regelmässig eingestellt haben, sobald er sich zum Besuche in einer anderen Stadt F. aufhielt. Das letzte Mal sei der Blasenausschlag erst einen Tag nach der Abreise von dieser Stadt im Jahre 1880 aufgetreten. Ausserdem habe auf dem Rücken eine umschriebene, trockene, in Ringen sich verbreitende Flechte seit 1881 bestanden (Psoriasis? Lichen planus?), die mit Schwefel-Theer-Seife behandelt worden sei. Drei Tage nach Uebersiedelung der Familie nach N. traten Blasen wiederum im Gesicht, dieses Mal aber zugleich Knötchen an den Handrücken auf. Unter mehrfach wechselnder Behandlung vermehrten sich die Knötchen an den Händen, überzogen die Arme, darauf den Oberkörper und schliesslich die unteren Extremitäten. Während dessen heilten die Blasen im Gesichte zum Theil ab, bildeten sich aber immer von Neuem wieder. Der kräftig gebaute junge Mann zeigte beim Eintritt in meine Klinik am 8. August 1881 ein ziemlich multiformes, universelles Exanthem. Bei näherer Betrachtung ergab sich, dass als der verbreitetste Haupttypus ein papulöser Ausschlag zu betrachten war, der am ganzen Rumpfe, besonders am Bauche ziemlich dicht stand, in geringerem Grade auch die Arme und Beine bedeckte. Während am Rumpfe die Papeln zum grössten Theile klein, konisch, spitz zulaufend waren, mischten sich an den Armen und Beinen und auch schon am Rücken einzelne breitere, wachsige, schuppenlose grössere Papeln darunter, und an beiden Vorderarmen und Handrücken nahmen diese die Form noch grösserer und platterer, fast ganz ebener, rother Flecken an. Diese letzte Form war im Gesichte die einzig vorhandene, und die hier vorkommenden ganz flachen Papeln zeichneten sich durch die Neigung aus, spontan ganz oberflächliche, mit hellgelblichem Serum gefüllte und rasch abtrocknende Exfoliationsblasen zu bilden. Daher machte der Ausschlag im Gesicht, für sich allein betrachtet, den Eindruck einer Impetigo contagiosa oder eines Pemphigus. Trotz dieses merkwürdigen Verhaltens der grösseren Lichenpapeln und Flecke, stand ich nicht an, die Diagnose auf Lichen ruber zu stellen, indem ich in der bei weitem grösseren Anzahl gewöhnlicher Lichenpapeln die typische Form des Exantnems erblickte. Das Allgemeinbefinden war in diesem Falle ein gutes, das Jucken sehr unbedeutend. Am 15. August 1881 trat der Patient in meine Klinik ein und wurde mittelst der Carbol-Sublimat-Schmiercur behandelt. Es zeigte sich, dass die blasenbedeckten Efflorescenzen die Salbe ebenso gut vertrugen, wie die trockenen Papeln. Bereits nach 8 Tagen zeigte sich eine bedeutende Besserung, soweit es die trockenen Papeln betraf, nach 3wöchentlicher Schmiercur waren diese sämmtlich beseitigt, dagegen zeigten Gesicht und Handrücken mehrmals kleine Nachschübe von Blasen an den bereits abgeblassten und im langsamen Abheilen begriffenen, grossen Papeln. Offenbar hatte die Schmiercur auf diese einen weit geringeren Effect als auf die kleinen. Es wurden daher täglich Sublimatbäder gegeben und für die Hände speciell noch Bäder und Umschläge mit Bleiwasser, welches 2% Borax und 2‰ Sublimat enthielt. Hierunter heilten auch die grossen Efflorescenzen langsam ab, die durch den längeren Bestand der Krankheit erzeugte stärkere Pigmentirung verschwand allmälig und damit das scheckige Aussehen der Gesammthaut, so dass der Patient nach 6wöchentlichem Aufenthalt geheilt entlassen werden konnte.

Eine noch merkwürdigere Tendenz zur Blasenbildung zeigte der folgende Fall, der wegen seiner oft wechselnden Behandlung und schliesslichen, definitiven Heilung überhaupt lehrreich erscheint.

X. Frau v. S., 33 Jahre alt, von gracilem Körperbau, leicht erregbarem, nervösem Temperament. Als Kind war sie lange Zeit schwächlich, sehr blutarm, litt später an häufigen Dyspepsien und fast nach jeder Mahlzeit eintretenden Cardialgien. Die Menstruation begann im 13. Jahre, war sehr unregelmässig und schwach und mit Schmerzen verbunden. Sie verheirathete sich 1873, gebar ein gesundes Kind 1874. Darnach traten die Menses regelmässiger auf; die Blutarmuth war gehoben, ebenso das Magenleiden. Geblieben war nur eine hochgradige Nervosität und — wohl nicht *ohne Zusammenhang* mit dieser — eine seit der Kindheit bestehende *Exfoliatio areata linguae*, die meistens mit Eintritt der Menstruation eine Besserung zeigte. (Ueber kreisfleckige Exfoliation der Hohlhand und der Zunge s. Vierteljahrsschrift f. Dermat. u. Syph. 1881, pag. 14). Im Jahre 1876 wurde die Pat. von einer Hautkrankheit befallen, die trotz unausgesetzter Behandlung bis dahin 5 Jahre gedauert hatte. Am 10. Februar 1881 trat sie in meine Behandlung und verblieb in derselben bis zur völligen Heilung im September 1882. Es handelte sich um einen Fall von universellem Lichen ruber planus. Braunrothe meist runde Flecke von Erbsen- bis Kirschengrösse bedeckten in weiteren Abständen Arme und Beine, dichter gesäet Schultern, Brust und Bauch. Das Gesicht war frei, auf dem behaarten Kopfe fanden sich eine grosse Menge kleinerer rother Flecke, welche sich von Zeit zu Zeit *in Blasen umwandelten*. Einige Flecke waren gedellt, andere zeigten in der Mitte einen bläulichweissen Punct, der sich in Gestalt eines weissen Hornpfropfes unter den dünnen, durchsichtigen Schüppchen mit einer Nadel leicht herausgraben liess, noch andere besonders am Rücken, Gesäss und den Oberschenkeln zeigten dickere Schuppenauflagerungen, so dass hier der gewöhnliche Lichencharakter garnicht hervortrat. Die sehr lang ausgedehnte und häufig wechselnde Behandlung will ich nur nach den Hauptmomenten hier kurz zusammenfassen. Der erste Abschnitt reicht vom 10. Februar 1881 bis zu Ende April desselben Jahres. Es wurde täglich eine subcutane Injection von 4 Tropfen Sol. Fowleri applicirt, im Ganzen über 60 Injectionen. Ich stieg zwischendurch auf 5, ja 6 Tropfen der Solution, aber wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit und mehrmals beginnender Arsenintoxication musste ich immer wieder auf die erprobte Dosis von 4 Tropfen zurückgehen. Nachdem die Patientin diese sehr schmerzhafte Procedur mit grösster Standhaftigkeit solange ertragen, jedoch nicht mehr als eine sehr schwache, vorübergehende Besserung erzielt war, so dass keine einzige Stelle wirklich geheilt erschien, gab ich diese Behandlung auf und wandte neben innerlicher Darreichung von Arsenik verschiedene äussere Mittel an. Dieser zweite Abschnitt reicht von Mai bis December 1881. Auch diese Behandlung im Hause der Patientin hatte ausser einer Kräftigung des Allgemeinbefindens kein weiteres Resultat als eine ganz unerhebliche Besserung sämmtlicher Efflorescenzen. Eine Schmiercur strenge und genügend lange durchzuführen, lag nicht im Bereich der Möglichkeit. Besonders waren es wiederholte Nachschübe auf dem Kopfe mit *blasiger Abhebung der Hornschicht*, welche bei dem langen und dichten Haarwuchse der Patientin diese sehr belästigten. Endlich entschloss sich dieselbe am 14. December 1881 zum Zwecke einer Radicalcur sich in meine Klinik aufnehmen zu lassen. Ich hatte den Plan gefasst, die ältesten und schlimmsten Efflorescenzen auf einmal chirurgisch zu entfernen

und kratzte deshalb in der Chloroformnarcose etwa 30 Stellen mit dem scharfen Löffel ab, wobei sich die Consistenz der Papeln über Erwartung fest herausstellte. Die Heilung verlief glatt unter Salbenmullverbänden, aber schon 8 Tage nach der vollendeten Heilung waren die abgekratzten Stellen in so gut ausgebildete Lichenknötchen verwandelt wie je vorher. Ich kam dadurch gründlich von der Meinung zurück, dass auf diesem Wege etwas Aehnliches beim Lichen erreicht werden könne wie beim Lupus, und verfolgte von nun an das Ziel, die einzelnen Efflorescenzen mit intensiv wirkenden Pflastermullen zu behandeln und zugleich das Auftreten neuer Plaques durch Sublimatbäder hintanzuhalten. Diese vierte Form der Behandlung führte in 3 Wochen zur definitiven Heilung. Ich liess von Herrn Beiersdorf starke Arsenik-Quecksilber-Pflastermulle anfertigen, denen ich zur Verhinderung zu starken eitrigen Zerfalles Creosot [1]) und zur Linderung der Schmerzen Morphium zusetzte. Die Verhältnisse der Medicamente in den mit der Zeit immer stärker gewählten Pflastermullen waren:

	Arsenik	Quecksilber	Creosot	Morphium
I. —	5 grmm.	5 gr.	5 gr.	1 gr.
II. —	10 »	5 »	5 »	5 »
III. —	20 »	5 »	5 »	10 »

pro Rolle (= 1/5 □Meter = 2000 □Ctm.). Der Enderfolg war für alle Stellen: die schmerzlose, vollständige Nekrose. Nach Ausfall der nekrotischen Stückchen heilten die Wunden überraschend schnell. Die Morphiumwirkung war so stark, dass die Patientin viele Tage in ganz somnolentem Zustande verbrachte. Eine Quecksilberwirkung wurde am Zahnfleisch schon nach einigen Tagen sichtbar und musste mit Adstringentien energisch bekämpft werden. Eine allgemeine Nebenwirkung des Arseniks und Creosots nahm ich nicht wahr, wohl aber documentirte sich die Einwirkung dieses combinirten Pflasters auf den Gesammtorganismus durch Besserung auch solcher Stellen, wie die auf dem behaarten Kopfe, welche garnicht mit dem Pflaster bedeckt werden konnten. Anfang Februar 1882 waren sämmtliche Lichenplaques einzeln zum Zerfall gebracht. Gegen Mitte Februar waren alle rasch und glatt überhäutet und repräsentirten sich als blassbläuliche, ganz wenig deprimirte, feine Narben. Damit war der ganze krankhafte Process aber noch nicht beendet. Auf vielen dieser Lichennarben erhoben sich ohne die geringste äussere Veranlassung und nur begleitet von gelindem Jucken, ganz acut *dünnhäutige Blasen* genau von der Grösse der Lichenflecke selbst, also z. Th. viel grösser als die Blasen, welche während des früheren Lichenbestandes hin und wieder schubweise auf den kleineren, afficirten Stellen des Kopfes hervortraten. Die vollständige Heilung des Falles wurde durch diesen Umstand noch einige Monate aufgehalten. Adstringentien, wie Tannin und Höllenstein, wurden lange Zeit mit geringem Erfolge angewandt. Endlich erfolgte völlige Heilung der Blasen unter dem combinirten Gebrauche von Lohbädern und meiner Bleiessigpaste. Im September 1884 constatirte ich, 2½ Jahre später, dass die Heilung von Bestand gewesen war; die reizbare und melancholische Patientin früherer Jahre war wie verwandelt, frisch und lebensfroh.

Zwei Erklärungen könnte man für diese hier *nachträglich* aufgetretene Blasenbildung aufstellen. Entweder kann man das vorher angewandte Heilmittel beschuldigen, auf die Verhornung der nachwachsenden Oberhaut einen schwächenden Einfluss ausgeübt zu haben, so dass geringe Reize zur blasigen Abhebung der fertigen Hornschicht führten, was sonst nur die Hitze und Vesicantien vermögen. Oder es liegt auch hier dieselbe Tendenz zur Blasenbildung zu Grunde, welche der flachen Lichenform überhaupt innewohnt und nur einer Gelegenheitsursache bedarf, um in die Erscheinung zu treten. Ich ziehe die zweite Erklärung vor, besonders da, wie erwähnt, eine Neigung zur Blasenbildung auf dem behaarten Kopfe schon während des ganzen Krankheitsverlaufes bestand. Wenn den Arsenik-Quecksilberpflastern entscheidendes Gewicht dabei zufiele, so hätten die später aufschiessenden Blasen sich auch wahrscheinlich soweit erstreckt, wie diese der Haut auflagen. Dagegen coincidirten dieselben vielmehr genau mit dem Umfange der geheilten Lichenflecke, waren mithin kleiner wie die zur Deckung verwandten Pflasterstücke. Wir müssen also diese merkwürdige Erscheinung, dass auf dem eingesunkenen Grunde anscheinend bereits geheilter, weil narbig deprimirter Lichenflecke nachträglich spontan Blasen aufschossen, der Hauptsache nach auf die Tendenz des Lichen planus zur Blasenbildung überhaupt schieben.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) An Stelle der zu flüchtigen und für die Pflasterform zu unbeständigen Carbolsäure.

Ein Fall von Pyämie.

Von
Dr. L. Holst.

Rosalie S., 67 J. alt, ledig, trat am 27. Sept. a. c. in das hiesige Evangelische Hospital ein. Sie gab an vor 4 Tagen erkrankt zu sein mit Schüttelfrost und heftigen Schmerzen in der Herzgegend; danach wären Schmerzen in den Handgelenken aufgetreten, später in den Fussgelenken, während die ersteren frei geworden wären. Die Handgelenke sind nicht merklich geschwollen, gegen Druck aber noch empfindlich; die Fussgelenke noch geschwollen, durckempfindlich, nicht geröthet, die Localtemperatur nicht merklich erhöht. Das Fieber soll sehr hoch gewesen sein, am Abend des 27. betrug die Temperatur 38,4° C., am nächsten Tage Morgens 38° C., und Pat. gab an sich etwas leichter zu fühlen, hatte eine kleine, flüssige Stuhlentleerung gehabt. An diesem Tage war das linke Handgelenk an seiner äusseren Seite stark geröthet und heiss anzufühlen, übrigens winklig gebogen in Folge einer in der Jugend acquirirten und schlecht geheilten Fractur. — Die Herzdämpfung nicht vergrössert; der Puls am 27. Sept. Abends etwas unregelmässig, über der Herzspitze ein deutliches systolisches Geräusch zu vernehmen; am 28. der Puls regelmässig, 88 Schläge in der Minute, das Geräusch über dem Herzen schwächer vernehmbar.

Diagn.: Rheumatismus articularis acutus, Endocarditis.

Ord: Acid. salicylic. gr. X 4 Mal täglich, Eisbeutel auf die linke Hand, Compr. échauff. auf die Füsse. — T. Abends 38,3° C. — 29. *Sept.* T. M. 38,2, A. 38, sonst keine Veränderung; ein Stuhl, Acid. salicyl. 2stündlich. — 30. *Sept.* T. M. 38,1, A. 38,8. Röthung und Empfindlichkeit des Handgelenks haben abgenommen, dagegen klagt Pat. über Halsschmerzen und Schlingbeschwerden, die Faeces sind mässig geröthet. — 1. *Oct.* T. M. 38,6, P. 104. Die Röthung hat sich mehr auf den Handrücken hingezogen, ödematöse Schwellung, Temperatur erhöht. Sensorium getrübt, Zunge roth, glatt, des Epithels beraubt. Seit 2 Tagen kein Stuhl. T. Abends 38,3. *Ord*: Inf. Digital. c. Natr. salicylic. 2. *Oct.* T. M. 38,5, P. 86. Sensorium getrübt, Pat. in der Nacht sehr unruhig, jetzt somnolent. Stuhl ist durch ein Clysma bewirkt worden. Am Handrücken etwas über der Mitte des 4. Metacarpalknochens deutliche Fluctuation. — Die Milz scheint namhaft vergrössert zu sein, doch lassen sich ihre Gränzen nicht feststellen, da vom rechten Hypochondrium her eine breite Dämpfungszone ohne Unterbrechung fortlaufend sich bis über die linke hintere Axillarlinie hinaus fortzieht; jedenfalls ist der linke Leberlappen bedeutend vergrössert. — T. Abends 38,2. *Ord:* Chinin, und Campher mit Alaun.

Die anfänglich gestellte Diagnose war mehr als zweifelhaft geworden. Das ganze Krankheitsbild machte jetzt viel mehr den Eindruck eines pyämischen Processes als den eines Gelenkrheumatismus. Aber wo kam die Pyämie her? Handelte sich's etwa um eine ulceröse Endocarditis, und war diese die Quelle der Pyämie?

3. *Oct.* T. M. 38,9, P. 120, klein. In der Nacht Delirien, Sensorium getrübt, aber doch etwas freier als gestern. Zunge unverändert. Zahlreiche, grösstentheils unwillkürliche dünne Stuhlentleerungen. T. A. 39. — 4. *Oct.* T. M. 39 P. 110. Die Röthe an der Hand geschwunden, Sensorium getrübt, fünf flüssige Stühle. Sehnenhüpfen, Hautfarbe etwas icterisch. — Der Abscess am Handrücken wird geöffnet und entleert einen guten Theelöffel voll dicken, gelben Eiters. — An beiden Unterschenkeln nahe über dem Fussgelenk einige mässig grosse, mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blasen. — Pat. kann die Oblaten nicht mehr schlucken. T. A. 39.9. — 5. *Oct.* T. M. 39,1, Pat. völlig bewustlos, lieg mit offenem Munde und halbgeschlossenen Augen da; Respiration beschleunigt, mühsam, stertorös. Leib etwas aufgetrieben, scheint gegen Druck empfindlich zu sein; 3 flüssige Stühle. — Um 5 Uhr Abends tritt der Tod ein.

Die Section, welche Dr. Frankenhäuser die Güte hatte am nächsten Tage vorzunehmen, ergab folgende Resultate:

Etwas abgemagerte weibliche Leiche. Todtenstarre nicht entwickelt. Auf dem l. Handrücken ein durch Schnitt eröffneter Abscess. An den Knöcheln und auf den Füssen bemerkt man mehrere erbsengrosse, schlaffe Bläschen mit trübem, blutig gefärbtem Inhalt.

Bei Eröffnung der Brusthöhle collabiren die Lungen nur wenig. Beide Lungen sind in ihren vorderen Theilen ganz frei, nur in den hinteren Abschnitten mit der Pleura cost. leicht verwachsen. Die Lungen sind mässig emphysematös, ödematös und in den abhängigen Theilen blutreich und schlaff infiltrirt (Hypostase). In beiden Lungen findet man zahlreiche Aeste der Lungenarterie durch theils frische, dunkle, theils ältere, farblose und in Zerfall begriffene Emboli verlegt. Besonders zahlreich und gross sind die Emboli in der l. Lunge.

Im Herzbeutel nur sehr wenig dicke, schleimig-eitrige Flüssigkeit. Beide Blätter des Pericards sind stark hyperämisch und geschwellt, in dem visceralen ausserdem einige Ecchymosen. Das pericardiale Fettgewebe stark entwickelt. Das Herz vergrössert, mit flüssigem und geronnenem dunklem Blut stark angefüllt. Die Muskulatur des Herzens dünn, schlaff, grau-braun gefärbt, stark von Fett durchwachsen. Die Klappen des l. Herzens zeigen fleckige Verdickungen und Trübungen, ausserdem bemerkt man noch an den Aortenklappen kleine papilläre Wucherungen in der Nähe des Klappenrandes. Im r. Herzen sind die Blutgerinnsel fest mit den Klappen verfilzt, so dass man sie nur schwer entfernen kann. Nach Entfernung der Gerinnsel findet man die Tricuspidalklappen stark verdickt und mit unförmlichen, in Zerfall begriffenen Exsudatmassen bedeckt. Die Pulmonalklappen bieten nichts bemerkenswerthes.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle findet man zahlreiche Verwachsungen des Netzes und der Därme, sowohl untereinander, als auch mit dem Magen, der Leber, der Milz und mit der l. seitlichen Bauchwand. Beim Lösen der Verwachsungen zwischen dem Magen, der Milz und dem grossen Netz wird eine etwa wallnussgrosse Abscesshöhle, am Fundus des Magens eröffnet. Die Wände dieser Abscesshöhle werden vom Magen und vom grosen Netz gebildet. Von dem die Wand der Abscesshöhle bildenden Theil der Magenserosa ragt ein etwa 2 Ctm. langer und weniger als 1 Ctm. dicker, zapfenförmiger, weisslicher Körper, von dem Aussehen eines in Zerfall begriffenen Thrombus in die Abscesshöhle hinein. Etwas weiter nach unten und mehr der Mittellinie genähert findet man eine gänseeigrosse, dem Colon transvers. anliegende Abscesshöhle zwischen den Blättern des Oment. maj. Die Wände dieser Abscesshöhle werden von den bedeutend bindegewebig verdickten Blättern des grossen Netzes gebildet. Eine Communication zwischen den beiden beschriebenen Abscessen ist nicht nachgewiesen worden.

Magen etwas dilatirt, leer. In der Magenwand bemerkt man, besonders gegen den Fundus hin, zahlreiche grosse thrombosirte Gefässe, in denen die Thromben z. Th. schon entfärbt, aber nicht erweicht und z. Th. noch frisch und dunkel erscheinen. Nach Eröffnung des Magens bemerkt man, im Pylorustheil des Magens und zwar die hintere Wand dieses Theiles betreffend, ein halbhandtellergrosses ovales Geschwür. Die Ränder des Geschwürs fallen steil ab, sind jedoch durch Wucherung der das Geschwür umgebenden Magenschleimhaut bedeckt. Der Grund des Geschwürs erscheint glatt und wird von der Musculatur des Pylorustheils gebildet, deren innerste Schichten durch den Geschwürsprocess zerstört worden sind. Die Schleimhaut des Magens ist im Ganzen blass und blutleer, ziemlich stark gewulstet, besonders im Pylorustheile, hier ausserdem mit einigen polypösen und warzigen Wucherungen besetzt.

Leber sehr gross, blutleer, von gelblichgrauer Farbe, sehr weich und zerreisslich. Läppchenzeichnung verwischt. An der Leberpforte nichts bemerkenswerthes. Der linke Lappen reicht bis an die Milz und bedeckt letztere sogar theilweise.

Milz sehr gross, weich, fast zerfliessend, die Textur ganz unkenntlich.

Nieren mittelgross, von weicher Consistenz, stark parenchymatös degenerirt. In der Marksubstanz der Nieren mehrere miliare Abscesse. Schleimhaut der Nierenbecken blass, zeigt keine bemerkenswerthen Veränderungen.

Die Dünndärme und der Dickdarm bieten nichts bemerkenswerthes. Mesenterialdrüsen und Retroperitonäaldrüsen nicht geschwellt noch infiltrirt.

In der hinteren Uteruswand mehrere Fibroide.

Die mikroskopische Untersuchung des Magengeschwürs und seiner Umgebung ergiebt, dass die Schleimhaut des Magens in der Umgebung des Geschwürs durch starke adenomatöse Wucherungen verdickt ist und dass in den Rändern und im Boden des Geschwürs keinerlei Wucherungen stattgefunden. Die oberste Schicht der blossgelegten Muskulatur erscheint feinkörnig getrübt, lässt nicht deutliche Textur erkennen, die tiefern Schichten erschienen vollständig normal.

Die Section hatte somit die bei Lebzeiten auf Pyämie gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose vollauf bestätigt; ausserdem aber hatte sie einige sehr überraschende und ungeahnte Befunde ergeben, und schliesslich musste man gestehen dass wir trotz der reichen pathologischen Ergebnisse in Betreff der Entstehungsgeschichte des Leidens nach der Section fast ebenso im Unklaren waren wie vor derselben.

Die colossal vergrösserte, ganz zerfliessliche Milz, die stark vergrösserte und degenerirte Leber, die parenchymatöse Degeneration der Nieren und des Herzens, die eitrige Pericarditis, die Emboli, Thrombosen und miliaren Abscesse verschiedener Organe etc., sie stellten die Pyämie ausser Zweifel. Ausserdem fanden sich aber die beiden Abscesse in der Gegend des Fundus ventriculi und das colossale Magengeschwür, zwei sehr ausgeprägte und hochgradige pathologische Veränderungen, auf deren Vorhandensein auffallender Weise kein Moment, weder in der Anamnese, noch im objectiven Untersuchungsbefunde, noch in der Beobachtung während des Krankenlagers im Hospital hingedeutet hatte. Die Vermuthung, dass die Endocarditis möglicherweise eine ulceröse sei und als solche die Pyämie veranlasst habe, wurde durch die Section in ihrem ersten Theile bestätigt, in ihrem zweiten aber nicht. Die Sache verhielt sich gerade umgekehrt: die Endocarditis ulcerosa war offenbar nicht die Ursache, sondern die Folge der Pyämie, nicht eine primäre, sondern eine secundäre Erscheinung. Die Veränderungen am Endocardium waren am stärksten ausgesprochen, am weitesten vorgeschritten, somit die ältesten im *rechten* Herzen. Wäre die Pyämie vom Herzen ausgegangen, so hätte das vom linken Ventrikel aus geschehen müssen; hier aber hatten wir es schon mit einer Metastase von einem anderswo belegenen Eiterherde aus zu thun. Vom rechten Herzen aus waren die Emboli in die Lungen gelangt, dann erst war das linke Herz in Mitleidenschaft gezogen worden, und von hier aus einzelne Körperorgane, wie z. B. die Nieren. Alle diese Veränderungen waren verhältnissmässig jüngeren Datums, während die Abscesse im Netz offenbar viel älter waren, was ja schon durch die ziemlich festen, also *ziemlich* alten, consecutiv entstandenen Adhäsionen mit den *Nachbar*organen und den Bauchdecken bewiesen wurde. Diese Abscesse nun müssen wohl als der Ausgangspunct des pyämischen Processes zunächst angesprochen werden; aber wo kamen denn diese Abscesse her? Zwei nahe bei einander liegende, vielleicht früher mit einander communicirende Abscesse zwischen den beiden Blättern des Netzes können denn doch wohl schwerlich ganz spontan entstanden sein, von einem etwa vorausgegangenen Trauma wussten wir aber durchaus nichts. Man war gezwungen anzunehmen dass auch diese Abscesse secundärer Natur seien, die eigentliche Primäraffection musste also noch älter sein als jene. Wir haben bei der Section aber nur *eine* pathologische Veränderung finden können, von welcher man annehmen könnte, dass sie älter sei als die Abscesse, nämlich das Magengeschwür im Pylorustheile. Dieses für die Ursprungsstelle des ganzen Krankheitsprocesses anzusehen, hat aber auch seine Bedenken. Allerdings fanden sich in der Magenwand, besonders gegen den Fundus hin, zahlreiche thrombosirte Gefässe, und die Abscesse fanden sich ja gerade in nächster Nähe vom Fundus. Doch wäre es durchaus unstatthaft anzunehmen dass damit der Weg angegeben sei, auf welchem die Resorption und Metastase stattgefunden, denn diese Thromben waren noch verhältnissmässig frisch, einige nur bis zur Entfärbung, keiner bis zum Zerfall vorgeschritten, also unzweifelhaft jüngeren Datums als die Abscesse. Aus der Literatur ist mir bisher kein Fall bekannt, wo die Entstehung von Pyämie aus einem runden Magengeschwüre beobachtet worden wäre; es bleibt uns also nur zweierlei übrig: entweder wir sehen das Magengeschwür für den Ausgangspunct der Pyämie an und behaupten damit ein Unicum, mindestens einen höchst seltenen Befund vor uns zu haben, oder wir müssen zugestehen dass die Section trotz der reichlich zu Tage geförderten pathologischen Befunde uns über die eigentliche Quelle der Pyämie doch im Dunkeln gelassen hat.

Referate.

P. Jassinski (Privatdocent in Charkow): Ueber den Kaiserschnitt nach Porro. (Wien. med. Presse № 43—45).

Nachdem der Vf. eine Lobrede auf die Porro'sche Operation gehalten und die bekannten Gründe für dieselbe hergezählt hat, unter welchen natürlich auch derjenige figurirt, dass mit dieser Operation den Gefahren einer wiederholten Schwangerschaft vorgebeugt werde — was bekanntlich von anderen Seiten nicht mit Unrecht für einen nicht zu beseitigenden Uebelstand angesehen wird — versteigt er sich zu der kühnen Behauptung: «man könnte schwerlich behaupten dass es in jetziger Zeit Operateure giebt, die an einer Lebenden den Kaiserschnitt nicht nach der Methode Porro ausführen wollten.» Darauf folgt die Beschreibung des Falles, zu Anfang welcher Vf. sagt, der Fall solle nicht nur ein Beitrag zur Statistik der Operation sein, sondern könne auch *in pathologisch-anatomischer Hinsicht* Interesse beanspruchen. Pat. ist nämlich gestorben. Die Operation wurde lege artis wegen absoluter Beckenenge gemacht, der Stiel extraperitonäal behandelt. Die kurze Krankengeschichte lässt uns darüber im Unklaren, an welchem Tage nach der Operation der Tod eintrat, obwohl nicht nur für den Tag der Operation, sondern auch für jeden Krankheitstag das Datum angegeben ist. Es heisst nämlich: «Am 3. Novemb. um 11 Uhr Nachts begannen die Geburtswehen, welche gegen 12 Uhr stärker wurden. Deshalb wurde um 1 Uhr Nachts zur Operation geschritten.» Also doch am 4. November. Die Krankengeschichte aber sagt: «3. November. Den ganzen Tag verbrachte die Operirte ziemlich leicht, nur fühlte sie Schmerzen in der Wunde etc. Morgentemperatur 37,5, Abendtemp. 38,8. — 4. Nov. Gegen 2 Uhr Nachts» (ist das nun der 4., 5., oder 6. Nov.?) «stieg die T. auf 39,5. Der Puls war so schnell dass man ihn nicht zählen konnte». Um 8 Uhr Morgens T. 38,5 P. 130. Verbandwechsel. Wunde unverändert. — 5. Nov. Um 12 Uhr Nachts T. 38,8, P. 150; Morgens T. 37,8, P. 110. Abends Erneuerung des Verbandes; *bedeutende Infiltration der Wundränderund des Stumpfes, regio mesogastrica etwas aufgetrieben und schmerzhaft.* Um 7 Uhr Abends Erbrechen; *bis 10 Uhr Abends erbrach sie dreimal dunkelbraune Massen.* Grosse Unruhe, kalte Extremitäten, P. wird sehr klein, fällt auf 100. T. 37,7. — 6. Nov. Collaps nimmt zu, beständige Uebelkeiten, zeitweilig Bewusstlosigkeit, Puls wird unzählbar, Tod um 12 Uhr Mittags.

Aus dieser Schilderung wird wohl jeder unbefangene Leser sich die Meinung gebildet haben, dass schon am ersten Tage nach der Operation sich eine septische Peritonitis eingestellt habe, welche unter sehr frühzeitig eintretenden Collapserscheinungen in wenig Tagen zum Tode führte. Da aber die ganze Tendenz der Veröffentlichung dieses Falles doch offenbar dahin geht, trotz des unglücklichen Ausganges für die Porro'sche Methode zu plaidiren, Vf. ausserdem im Eingange gesagt hat, dass der Fall wegen der anatomischen Beschaffenheit der Operirten ein besonderes pathologisch-anatomisches Interesse beanspruchen könne, wird der Leser mit Recht auf die Sectionsergebnisse um so mehr gespannt sein müssen. Welches Interesse sollte der Fall denn auch sonst wohl haben? denn dass der Tod auf eine Sectio caesarea folgt, hat an sich doch höchstens ein Interesse für den Statistiker. Mit Befriedigung liest man daher den folgenden Satz: «die Obduction des Leichnams wurde vom Professor der patholog. Anatomie W. P. Krylow ausgeführt,» denn nun kann man doch auf ein recht ausführliches und genaues Sectionsprotokoll rechnen. Aber weit gefehlt; man hat die Rechnung ohne den Vf. gemacht, der es für gänzlich überflüssig gehalten überhaupt ein Sectionsprotokoll zu bieten, ein ausführliches oder auch nur ein abgekürztes, sondern ganz unbefangen fortfährt: «Die patholog.-anatomischen Angaben des Protokolles betrachtend, sehen wir» etc. Wer sind denn eigentlich diese «Wir» die da was sehen? Die Leser gewiss nicht; diese sind ausschliesslich auf den Glauben angewiesen, ohne sich deswegen selig preisen zu können, obwohl in der nun folgenden Epicrise Ausdrücke wie: «sieht man aus dem Protokoll», «aus dem Protokoll ersieht man wirklich» noch 4 Mal vorkommen. Und was hat der Vf. aus dem Protokoll ersehen? «dass die Symptome der Peritonitis hier nicht stark ausgedrückt sind, was auch durch klinische Beobachtungen bestätigt wird, und zwar durch die *nicht vorhandene Schmerzhaftigkeit* des Leibes» (cf. oben Krankengeschichte 5. Nov.) «durch sein kleines Aufdunsen (!) in regione mesogastrica, nur am Vorabende des Todes, durch *das für die Peritonitis charakteristische Erbrechen*» (sollte wohl heissen: durch das Fehlen desselben; dagegen cf. Krankengeschichte 5. Nov.) «und durch die *unbedeutende Temperaturerhöhung*» (cf. Krankengesch. 4. Nov.).

Wir müssen hier eine kleine Einschaltung machen: Die Section hatte unter Anderem ergeben: eine starke Darmblutung, und Volvulus. Um die durch das Fehlen des Sectionsprotokolles entstandene auffallende Lücke wenigstens in etwas auszufüllen, führen wir hier nachstehenden Passus aus besagtem Protokolle *wörtlich* an: «...Die vordere Bauchwand in der Nähe der Wunde ist mit der Flex. sigmoidea vermittelst lockerer, fibrös-eitriger Häutchen zusammengeklebt, welche ziemlich fest mit ihr durch das Netz verbunden ist — Peritonäum parietale in regione epigastrica ist mit einer feinen, kaum bemerkbaren Schicht dichter, grünlicher und eiterartiger Masse bedeckt, die zur Wunde hin sich allmälig quantitativ vergrössert und sich in Gestalt einer schmutzig-grünlichen, eiterartigen Flüssigkeit von schmandartiger Consistenz zwischen dem rechten Rande der Wunde, der vorderen Oberfläche der Flex. sigmoidea, dem Netz und der nach unten gewandten Schlinge des transversalen Theiles des Grimmdarmes anhäuft. Aus dem durch die erwähnten Theile der Eingeweide und durch die vordere Abdominalwand gebildeten dreieckigen Zwischenraum *fliesst die eiterartige Flüssigkeit frei* in die rechte Darmbeingrube und in die entsprechende Regio lumbalis und *häuft sich in bedeutender Menge* auf der äusseren Oberfläche des aufsteigenden Dickdarmtheiles an. — Die linke Darmbeingrube ist von der Anhäufung des Eiters befreit. — Der Dünndarm ist von Gasen stark aufgedunsen; die Darmschlingen sind überall untereinander verklebt, theils durch ein fibrös-eitriges, theils durch ein schmandartig-eitriges Exsudat *in beträchtlicher Menge*, das in Form einer *bis zu einem Centimeter dicken Schicht* sich auch am linken lumbalen Theile anhäuft.» — Und daraus ersieht Herr Jassinski dass die Peritonitis *nicht stark* ausgedrückt war! Wir erlauben uns die Frage an den Vf., wie viele Zoll dick muss ein peritonitisches Exsudat sein, damit er für die Peritonitis das Prädicat «stark» für gerechtfertigt anerkenne? Und unsere Leser fragen wir, wie steht es jetzt mit ihrem Glauben ohne zu sehen?

Der Schlusspassus des Artikels lautet: «Ebenso kann der oben angeführte Vorschlag Frank's keineswegs die Operation des Kaiserschnittes nach der Methode Porro für die Zukunft gefährden.» Wir ersuchen die geehrte Redaction der «Wiener medicinischen Presse» uns angeben zu wollen, auf welcher Pagina und in welcher Spalte ihres geschätzten Blattes der «oben angeführte» Vorschlag Frank's zu finden ist, denn wir haben trotz allen Suchens von einem *Vorschlage* nichts angeführt finden können.

Nicht um seines wissenschaftlichen Interesses willen haben wir dem Jassinski'schen Artikel eine so lange Besprechung zu Theil werden lassen, sondern nur um zu zeigen, was alles gewisse Autoren glauben sich dem ärztlichen lesenden Publicum gegenüber erlauben zu dürfen. **Holst.**

G. Bunge (Dorpat): Ueber die Assimilation des Eisens. (Zeitschr. f. physiolog. Chemie Band IX. Heft 1.)

Da das Eisen in anorganischer Verbindung oder als künstliches Eisenalbuminat nachgewiesener Maassen vom Magen und Darmkanal des Menschen nicht resorbirt wird, so hat Verf. sich die Frage vorgelegt, woher denn sonst das Eisen des Körpers, und namentlich des Hämoglobins stammen könnte, und in welcher Form es in den Säftekreislauf aufgenommen und assimilirt werde. Da im bebrüteten Ei gleichzeitig mit der Blutbildung auch eisenhaltiges Hämoglobin entsteht, ohne dass von aussen irgend etwas hinzu gelangen könnte, so muss sich im Dotter ein eisenhaltiger Mutterstoff des Hämoglobins vorfinden. Denselben nachgewiesen und dargestellt zu haben, ist das Verdienst der Bunge'schen Arbeit.

Ohne den complicirten Gang der Darstellung im Einzelnen anzugeben, sei nur erwähnt, dass die mit Aether extrahirte und entfettete, mit salzsäurehaltigem Wasser verdünnte und durch Filtration von ihren Membranen befreite Dottermasse der Einwirkung künstlichen Magensaftes ausgesetzt wurde. Bei gewöhnlicher Temperatur konnte keine Veränderung der Lösung wahrgenommen werden; sobald dieselbe jedoch auf Körpertemperatur erwärmt wurde, so bildete sich ein Niederschlag, der aus einer das Eisen des Eidotters enthaltenden Substanz bestand. Der mit Alcohol, salzsäurehaltigem Alcohol und Aether ausgewaschene und getrocknete Niederschlag bildete eine durchsichtige, feste, gelbbraune Substanz, die sich leicht zu einem gelblichen Pulver zerreiben liess. Weiterhin weist B. nach, dass in dieser Substanz, welche er *Haematogen* nennt, das Eisen in einer complicirten organischen Verbindung vorhanden sein muss. Abgesehen von diesem ihm eigenthümlichen Eisengehalt hat das Haematogen seiner quantitativen, elementaren Zusammensetzung nach die grösste Aehnlichkeit mit dem im Eidotter schon bekannten Nuclein, mit dem es auch betreffs der Löslichkeitsverhältnisse in Säuren und Alcalien gut übereinstimmt. Das Haematogen löst sich nicht in Salzsäure, (weshalb es ja auch im Magensafte gefällt wird), wohl aber in Alcalien, und namentlich hält es sich wochenlang in ammoniacalischer Lösung unverändert.

Es ist anzunehmen dass die Milch, als die ausschliessliche Nahrung des Säuglings gleichfalls eine dem Haematogen analoge eisenhaltige, hämoglobinbildende Substanz enthält. Die Untersuchungen des Verfassers hierüber sowie über die eisenhaltigen Verbindungen der vegetabilischen Nahrungsmittel, der Cerealien und Leguminosen, sind noch nicht abgeschlossen; es ist jedoch schon jetzt nach denselben wahrscheinlich, dass *in allen den genannten Nahrungsmitteln das Eisen* sich gleichfalls nicht als Salz, sondern *in einer dem Haematogen ähnlichen organischen Verbindung* vorfindet. Nur in dieser Verbindung wird das Eisen vom Verdauungstractus resorbirt und aus ihr bildet sich durch Spaltung das Hämoglobin.

Dieses Resultat der vorliegenden Arbeit hat jedoch nicht nur ein physiologisches und biologisches Interesse, sondern lässt, wie Verf. im zweiten Theil seiner Arbeit zeigt, auch die therapeutischen Wirkungen der gebräuchlichen Eisenpräparate in einem ganz neuen Licht erscheinen. Die Thatsache, dass die medicamentösen Eisengaben nie in die Blutmasse übergehen und sich an der Bildung des Hämoglobin nicht betheiligen, war bisher nicht zu vereinigen mit

der praktischen Erfahrung, dass die Verabreichung von Eisenpräparaten bei Chlorotischen und Anämischen allerdings zur Blutbildung und zur Vermehrung des Hämoglobin der Kranken beitrage. Diesen Widerspruch sucht B. durch folgende geistreiche und wohlgestützte Hypothese zu heben:

Das Haematogen muss sich im sauren Mageninhalt als unlösliche Verbindung abscheiden und kann erst im untern Theil des Darmes, wo die Reaction wieder alcalisch wird, zur Lösung und Resorption gelangen; wenn nun, wie das bei Chlorotischen ja die Regel ist, abnorme Gährungsprocese im Darminhalt vor sich gehen — etwa Buttersäuregährung, die zur Entwicklung von Wasserstoff führt, — so müssen sich in Folge der reducirenden Wirkung des letztern aus den schwefelsauren Alcalien des Chymus Schwefelalcalien bilden; diese zerstören aber wie Bunge's Versuche zeigen, das Haematogen und hindern somit die Ernährung des Bluts. Die eingeführten medicamentösen Eisenpräparate aber müssen sich im Darm zu Schwefeleisen umsetzen und somit den Schwefel binden, bevor er auf die organischen Eisenverbindungen einwirken kann. Die organischen Eisensalze bewahren also hiernach die organischen Eisenverbindungen vor der Zerstörung, vor der Abspaltung ihres Eisengehaltes und erhalten dadurch den Blutkörperchen den ihnen nöthigen Nährstoff. Hierauf beruht nach Bunge's Ansicht, die therapeutische Wirkung der Eisenpräparate bei Chlorose. D—o.

Tschernow: Die sogenannte Fettdiarrhoe im Sinne Demme's und Biedert's. (Wratsch № 13. 1884).

Von einer Fettdiarrhoe der Kinder (D. adiposa infantum) darf man erst dann sprechen, wenn der Fettgehalt der Faeces mehr als 25 % beträgt, besonders wenn derselbe bis 62—64,4 % steigt. Schon die alten Autoren bezeichneten die Fettdiarrhoe als ein Symptom der Darmtuberculose und der Erkrankung der Mesenterialdrüsen. In neuerer Zeit wurde diese Krankheit zuerst von Prof. Demme[1]) im J. 1874, dann von Dr. Biedert[2]) im J. 1878 und endlich von Prof. Widerhofer[3]) im J. 1880 beschrieben. D. gab auch den pathologisch-anatomischen Befund bei dieser Krankheit an. Nach ihm besteht derselbe in einem mässigen Darmcatarrh, besonders stark ausgesprochen im Duodenum, blasser (in 2 Fällen icterischer) Leber, stets leerer Gallenblase, vergrössertem, blassem und trockenem Pankreas. Das klinische Bild der sogenannten Fettdiarrhoe ist (nach Demme und Widerhofer) folgendes: Die Stühle sind fettig, glänzend, stinkend (bedingt durch die Fettsäuren), gräulich oder hellröthlich, sehr copiös und in beiden ersten Tagen ziemlich häufig. Die Krankheit tritt plötzlich auf, stets begleitet von hohem Fieber (39,0—41,5). Dabei nehmen solche Kinder bedeutend an Gewicht ab (100—150 Grm. tägl.? d. Ref.); später werden die Stühle seltener und wässriger, der Gewichtsverlust geringer (20—45 Grm. täglich) und das Fieber nimmt einen stark remittirenden Charakter an (36—39,6). In den getrockneten Faeces fand man 30—40—65 % Fett. D. hat diese Krankheit 20 Mal (unter 7,788 Kindern) und B. noch viel seltener beobachtet. Als Ursache derselben wird der abnorme Fettgehalt der kindlichen Nahrung angegeben. T. hat sich mit Bestimmungen des Fettgehaltes der Faeces bei Erwachsenen und Kindern, im gesunden und fieberhaften Zustande beschäftigt und dabei gefunden, dass derselbe bei Fieberkranken (bei gleicher Nahrung) um 14 % grösser war, als bei Gesunden (dabei assimilirten die ersteren aus der Kuhmilch um 7,2 % — die Kinder sogar 10 % und darüber — weniger Fett als die letzteren). Diese Beobachtungen hat er in seiner im J. 1883 erschienenen Dissertation[4]) veröffentlicht. Was speciell die Kinder anbelangt, so hat er seine Untersuchungen an den Faeces der Neugeborenen und Säuglinge in der St. Petersburger Gebäranstalt, im Oldenburgischen Kinderhospital und im Findelhause angestellt und dabei gefunden, dass der Fettgehalt derselben bei gesunden Neugeborenen und Säuglingen (im Ganzen 7), im Alter von 1 Tage — über 6 Monaten, durchschnittlich 25—30 % betrug. Bei zwei frühgeborenen Kindern mit leichter Dyspepsie betrug derselbe 47,5 resp. 57 %. Bei 4 Säuglingen mit Dyspepsie, im Alter von 5 Tagen — 5 Monaten fand er 37,6—62,2 % (durchschnittlich etwas über 46,5 %) Fett. Endlich bei 16 Kindern, im Alter von 2 Monaten — 1 J. 8 M. mit verschiedenen fieberhaften Krankheiten (Erysipelas p. vacc., Abscessus, Phlegmone, Febris p. vacc., Scarlatina, Bronchitis idiopathica et p. Morbill., Pneumonia catarrh., Cat. int. chron. u. s. w.) betrug der Fettgehalt der Faeces durchschnittlich circa 55,5 % (min. 39,3 %, max. 75,3 %). Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich, dass in den Faeces der Kinder bei verschiedenen Krankheiten ein hoher Fettgehalt — um 18,6—19 % grösser, als in den Faeces der gesunden Kinder — vorkommen kann und dass derselbe vom Fettgehalt der Nahrung unabhängig ist. Auf Grund seiner Beobachtungen leugnet der Verf. die Existenz der sog. Fettdiarrhoe, als einer Krankheit sui generis. Worauf dieser hohe Fettgehalt eigentlich beruht, kann man bei unseren gegenwärtigen physiologischen Kenntnissen über die Fettresorption, nicht sagen. Möglicher Weise könnten hier zwei Factoren in Betracht kommen und zwar eine verminderte Absonderung der Galle und des pankreatischen Saftes gleichzeitig mit verminderter Resorption durch die Darmschleimhaut. N. E.

[1]) Ueber Fettdiarrhoe der Säuglinge, zwölfter medic. Bericht des Jenner'schen Kinderspitals in Bern.

[2]) Jahrb. für Kinderheilkunde, 1878. Bd. XII.

[3]) Im Abschnitt «Magen- und Darmkrankheiten» in Gerhardt's Handb. der Kinderkrankheiten. Bd. IV, II. Th.

[4]) О всасыванiи жира взрослыми и дѣтьми во время лихорадочныхъ заболѣванiй и внѣ ихъ. (Ueber die Fettresorption bei Erwachsenen und Kindern in fieberhaften Krankheiten und im gesunden Zustande).

M. Neuenburg (St. Petersburg): Die Reinigung des Trinkwassers in kleinem Maassstabe. (Wratsch №№ 33, 34).

Vf. hat eine Reihe der im Haushalte gebräuchlichen Filtrirapparate einer Prüfung mit Newa-Wasser unterworfen und kommt zu folgenden vorläufigen Resultaten:

1) *Filter aus gepresster Kohle.* Die Quantität Newawasser welche durch dieselben in einer bestimmten Zeiteinheit filtrirt wird, ist sehr wechselnd und schwankt von 1500—7000 Ccm. pro Stunde. Bei gleicher Grösse der filtrirenden Fläche und gleicher Qualität des zu filtrirenden Wassers hängt die Schnelligkeit des Filtrirens von der Höhe der Wassermenge und dem Durchmesser des Gefässes ab, in welches der Filter versenkt ist. Ferner kommt dabei auch die Dichtigkeit des Filters in Betracht. Ein ganz neuer Kohlenfilter arbeitet die ersten 3—4 Stunden langsam, dann aber schneller und gleichmässig. Die Filter Bühring's aus gepresster Kohle lassen 1—3,8 % der in das zu filtrirende Wasser geschütteten Kartoffelstärke durch. Um diese Filter zu reinigen, ist es am Praktischsten, dass man bereits destillirtes Wasser im umgekehrten Wege wieder durch's Filter laufen lässt und die Oberfläche sorgfältig säubert. Dieses muss täglich vorgenommen werden.

2) *Filzfilter von Bourgois* (Paris) können bis zu 40,000 Ccm Wasser pro Stunde filtriren und lassen 1,8 % hinzugesetzter Kartoffelstärke durch. Die Reinigung geschieht ebenfalls in der oben angeführten Weise. Die festen Bestandtheile des Wassers werden durch diese Filter um 2,5 Mgrm. pr. L. vermindert.

3) *Schnellfilter von Piefke* (Berlin) filtriren 50—120 Tausend Ccm. pro Stunde und vermindern die festen Bestandtheile des Newawassers um 2,6 Mllgrm. pro Liter. Sie lassen 36,4 % der zugesetzten Stärke durch. Um diese Filter zu reinigen muss der ganze Apparat auseinander genommen werden, denn die vom Erfinder angegebene Reinigungsart, durch Drehen eines Hebels, genügt nicht.

4) *Rapid Water filter Cheavin's in Boston.*

a) № *000* filtrirt 12,050 Ccm. pro Stunde, vermindert die festen Bestandtheile des Wassers um 2,5 Mgrm pr. L. und lässt 13,0 % der Kartoffelstärke durch.

b) № *1* filtrirt 23,500 Ccm. pr. Stunde, vermindert die *festen* Bestandtheile des Wassers um 4,0 Mgrm., lässt nur 0,2 % der zugesetzten Stärke durch. Zum Reinigen dieser Apparate muss der Schwamm, welcher hauptsächlich die festen Stoffe zurückhält, durchgewaschen werden.

5) *Silicated carbon filter. London. Waterseal.* 2 verschieden stark arbeitende Apparate, der Eine filtrirt 20,000, der Andere 40,000 Ccm. pr. Stunde, doch steigt ihre Arbeitsleistung proportional dem Drucke des Wassers. Sie vermindern den Gehalt des Wassers an festen Bestandtheilen um 1,2—6,0 Mgrm. pr. L. Diese Apparate sind ungleichmässig gearbeitet, so liess z. B. das eine Exemplar Kartoffelstärke in kaum bemerkbaren Spuren durch, das andere 1,7 %. Die Reinigung ist umständlich.

6) *Sandsteinfilter Karelski's* (St. Petersburg) in 5 verschiedenen Formen. Dieselben filtriren 6—10,000 Ccm. pr. Stunde, jedoch nimmt ihr Filtrirvermögen schnell ab, wird aber durch zeitweiliges Pausiren im Filtriren wieder erhöht. Filter mit runden, horizontal gelegenen Sandsteinen werden schneller verunreinigt und verlangen häufigere Reinigung, als Filter mit seitlich stehendem, schrägem Stein. Die Filter mit rundem Steine halten 10,0 Mgrm. der festen Bestandtheile des Newawassers zurück, diejenigen mit seitlichem Steine dagegen nur 5,2 Mgm. pr. L. Beide Filter lassen jedoch weder Kartoffelstärke noch engl. Stärke durch, desgleichen halten sie auch Schlammsand und gelben Lehm zurück. Grüner Lehm geht nur in Spuren durch, vom feinsten blauen Lehm dagegen werden 17,3—18,1 % der zum Wasser zugesetzten Menge durchgelassen, jedoch bei nochmaligem Filtriren wird auch dieses fast vollständig zurückgehalten. Durch Sandstein filtrirte faulige Eiweisslösungen brachten Nährflüssigkeiten langsamer zum Faulen, wie nicht filtrirte Lösungen. Die Reinigung der Karelski'schen Sandsteinfilter geschieht durch Waschen des Steines vermittelst einer Bürste. Um die tieferen Schichten des Sandsteines zu reinigen, lässt man filtrirtes Wasser den umgekehrten Weg fliessen. Das Reinigen ist jedesmal nöthig, nachdem der Appart 24 Stunden lang gearbeitet hat.

7) *Compressed charcoal Slack & Brownlow* filtrirt 2700 Ccm. pr. Stunde und ändert sich diese Quantität bei regelrechter Reinigung wenig. Von den festen Bestandtheilen des Wassers werden 13,6 Mgrm. pr. L. zurückgehalten. Weder Kartoffelstärke noch englische Stärke und gelber Lehm werden durchgelassen. Grüner Lehm geht in Spuren durch, blauer Lehm 13 % der zugesetzter Menge beim einmaligen Filtriren, beim wiederholten Filtriren gehen nur unmessbare Spuren durch. Durch diesen Apparat filtrirte faulige Eiweisslösungen rufen noch lansamer Fäulniss der Nährflüssigkeiten hervor, wie die durch Sandstein filtrirten Lösungen. Die

Reinigung ist ziemlich einfach, man wäscht den Apparat nach jedem Gebrauch aus und wechselt den Schwamm.

Vf. beabsichtigt seine Untersuchungen noch fortzusetzen. (Wir vermissen in seiner Untersuchungsmethode jedoch die Berücksichtigung des Gehaltes an Mikroorganismen, denn damit ist es in jetziger Zeit nicht abgemacht, dass man das Durchdringen von mineralischen und vegetabilischen Stoffen verhindert. Es wäre interessant zu erfahren wie sich die Pilzsporen und Bacterien gegenüber der Filtration durch die genannten Apparate verhalten, Ref.). P.

M. Maheut: Hémorrhagie dans les meninges cérébrales etc. (Gaz. des. hôp. 1884. № 67.)

Ein 13-jähriges Mädchen, welches im Laufe des Tages eine heftige psychische Erschütterung durchgemacht hat, erkrankt in der drauf folgenden Nacht mit Erbrechen und allgemeiner Abgeschlagenheit. Am nächsten Morgen findet M. sie bewusstlos, mit eingezogenem Leib und vollständig erschlaffter Musculatur daliegend; nur die rechte obere Extremität in leichter Contraction. Die Gesichts-Nerven intact. Nach 2 Tagen Tod. Die Section ergiebt einen Bluterguss zwischen Dura und Pia, welcher auf der Convexität der linken Hemisphäre in weiter Ausdehnung (bis zum hintern Drittheil) stattgefunden hat. —s.

John B. Roberts: Die Nothwendigkeit der frühzeitigen Explorativtrepanation bei Depressionsfracturen des Schädels. (The Medical Bulletin № 8. 1884).

Der Artikel spitzt sich zu folgendem Resumé zu. «Zum Schluss behaupte ich, dass bei allen subcutanen Verletzungen des Kopfes mit möglicher Existenz einer Depressionsfractur ein Explorativschnitt in die Haut unverzüglich gemacht werden muss. In allen Fällen von Depressionsfracturen mit *möglichem* Vorhandensein von Splitterung der inneren Tafel soll auch eine sofortige Explorativtrepanation des Schädels gemacht werden.» N.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Voit: Ueber die Ursachen der Fettablagerung im lebenden Organismus. Rede gehalten im Münchener ärztlichen Verein am 10. October 1884. Uebers. ins Russische von N. P. Iwanow. St. Petersburg, K. Ricker. 1884.

Ebstein: Korpulenz. Uebers. ins Russische von N. P. Iwanow. K. Ricker 1884. St. Petersburg.

Beide bedeutende Arbeiten sind durch vorliegende gute Uebersetzungen den russischen, der deutschen Sprache nicht mächtigen Aerzten zugänglich geworden und werden sicherlich nicht verfehlen, eine rationelle Behandlung der Fettsucht anzubahnen.

Während Voit die wissenschaftliche physiologische Basis giebt, liefert Ebstein gewissermaassen die klinische Anwendung der Voit'schen Sätze und hindert die zwischen beiden Autoren obwaltende Differenz keineswegs die praktische Anwendung der in den beiden Broschüren enthaltenen Thatsachen. Hz.

Brennecke: Hebammen oder Diakonissinnen für Geburtshilfe? Eine Kritik des Hebammenwesens. Heuser's Verlag, Leipzig und Neuwied. 1884).

Verf. beleuchtet in 2 Vorträgen eingehend das jetzige deutsche Hebammenwesen, und kommt zu dem Schluss, dass es keiner der an dasselbe gestellen Anforderungen genüge. Besonders hebt er den gänzlichen Mangel an moralischem Taktgefühl bei den gewöhnlichen Hebammen (rühmliche Ausnahmen von der allgemeinen Regel erkennt natürlich auch er an), sowie deren vollständige Unfähigkeit zur richtigen Auffassung ihres verantwortlichen Berufes hervor. Sodann geht sein Vorschlag dahin, an Stelle der jetzt prakticirenden, grösstentheils rohen und ungebildeten Frauenzimmer Frauen aus den besseren Ständen zum Hebammendienst heran zu ziehen. Da nun im Allgemeinen der Hebammenstand in den höheren Gesellschaftsklassen eines etwas ungünstigen Rufes geniesst, proponirt er, an Stelle des jetzt gebräuchlichen Namens «Hebamme» den von «Diakonissen für Geburtshilfe» treten zu lassen, und den Unterricht dieser in der in allen Diakonissenhäusern üblichen Weise vorzunehmen. Wenn wir auch von ganzem Herzen dem Vorschlage des Verf. zustimmen und ihm den allerbesten Erfolg wünschen, so wird doch, bei dem jetzigen Stande unserer Frauenbildung, derselbe wohl noch lange ein pium desiderium bleiben, da nun ein für alle Mal das Amt einer Hebamme selbst in den gebildetsten Kreisen als ein untergeordnetes und wenig sauberes angesehen wird. — Eine möglichst grosse Verbreitung aber wünschen wir der kleinen Broschüre, und nicht sowohl in ärztlichen, als namentlich auch in gebildeten Frauenkreisen, damit je eher desto besser die falsche Ansicht, die über den Hebammenstand im Allgemeinen existirt, verschwinde, und es uns gelinge, in wenn auch vielleicht ferner Zeit, in deren Arbeit «Diakonissen für Geburtshilfe» zu finden. S.

Karl Löbker: Chirurgische Operationslehre. Ein Leitfaden für die Operationsübungen an der Leiche. Erste Hälfte. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1884.

Die erste Hälfte des Werkes, die uns vorliegt, behandelt die Trennung und Vereinigung der Gewebe, die Unterbindungen der Blutgefässe, die Amputationen und Exarticulationen und bricht mitten in der Amputation des Unterschenkels ab.

Gute Diction, klare und exacte Schilderung der topographischen Anatomie und der Operationsmethoden, illustrirt durch gute Zeichnungen, machen das Buch zu einem guten Anleiter bei Operationsübungen für den Anfänger, aber auch für den schon geübteren Arzt zu einem angenehmen Rathgeber, so dass wir nur wünschen, dass baldigst der 2. Theil erscheine.

Ausstattung, Druck und Illustrationen sind ausgezeichnet. N.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. Mai 1884.

1) Dr. Holst berichtet über einen Fall von sog. «*Versehen der Schwangeren*» beobachtet an einer 20jährigen gesunden Primipara, deren Ehemann gleichfalls gesund. Im Vorzimmer der Wohnung der Pat. befand sich die Figur eines Bären in sitzender Stellung mit einem Portierstab. Während der 3 ersten Schwangerschaftsmonate erschrak Pat. mehrmals über den Bären und wurde ihr die Figur so missliebig, dass sie entfernt werden musste. Schwangerschaft, Geburt und Schädellage normal. Placenta ist mit Kalkconcrementen durchsät. Das Kind hat einen auffallend weichen Kopf, zeigt in die Höhe gehoben durch Verbildung der Extremitäten vollständig die Stellung des sitzenden Bären. Unterextremitäten in Hüft- und Kniegelenk gebeugt und in nach aussen rotirter Stellung fixirt. Finger sehr klein. Inguinalhernie. Gesicht gut entwickelt. Gewicht 4¾ Pfd. russ. Das Kind lebte, an Gewicht zunehmend, 3 Wochen, ging dann an Schwäche zu Grunde.

Dr. Hübner erscheint es unzulässig, derartige Fälle als «Versehen» zu bezeichnen. Es handele sich um eine Missbildung, deren Entstehung als durch Schreck der Mutter veranlasst, erst aetiologisch noch zu begründen sei.

Dr. Holst: er habe nur das durch Configuration der Missbildung sehr überraschende Factum referiren wollen.

2. Dr. Bergmann spricht über «*acute Osteomyelitis der flachen Knochen*». (Der Vortrag ist in № 37 und 38 dieser Wochenschrift gedruckt worden).

Dr. Freymann fragt, ob acute Osteomyelitis häufig im Verlauf acuter Infectionskrankheiten beobachtet werde?

Dr. Bergmann: bisweilen nach Typhus. Die namentlich bei jungen Leuten selbständig auftretende Osteomyelitis sei häufiger, werde aber noch häufig verkannt. Die betreffenden Pat. kommen erst mit der Necrose ins Hospital, geben an, vor längerer Zeit die «Rose» an dem betr. Gliede durchgemacht zu haben.

Dr. Treymann referirt über eine wohl als Osteomyelitis aufzufassende Affection der Fibula, welche sich bei einem Typhuspatienten entwickelte.

Dr. Hach legt ein bei der Section einer 55jährigen Geisteskranken in Rothenberg gewonnenes Präparat vor. Pat. wurde 1875 wegen Melancholie aufgenommen, litt damals vorübergehend an Uterinblutungen. Psychose geht in einen secundären Schwächezustand über. Pat. stets sehr reizbar, jeder Untersuchung unzugänglich. Seit 1881 übelriechender, schleimiger Fluor e vagina, bisweilen blutige Beimengungen. 1882 im December von Dr. Hach in Chloroformnarkose untersucht: Uterus stark vergrössert (Sonde geht bis zum Heft hinein), im Becken fixirt, rechts parametritische Schwiele, Portio decrepid, geschrumpft. Pat. sehr gut genährt, keine Kachexie. Diagnose: Carcinoma corporis uteri. Möglichkeit eines jauchenden Fibroms offen gelassen. 1883 wird der Ausfluss spärlicher, häufig kleine Blutungen, der Geruch penetrant faulig. Zunehmende Anämie. 1884 wird Pat. schwächer, bettlägerig; kann, wenn sie sich erhebt, den Stuhl nicht zurückhalten, auch aus der Vagina scheinen fäcale flüssige Massen entleert zu werden. Gegen jede Untersuchung stürmische Opposition. Zunehmende Schwäche. Am 16. April 1884 gestorben.

Der Uterus zeigt sich stark vergrössert. Portio vag., Cervicalkanal frei. Corpus uteri starrwandig, auf der Rückseite einige Höcker, die Höhle erfüllt mit Dünndarminhalt, Schleimhaut fehlt, ulcerirte höckerige Wandungen, beim Einschnitt weiss, markig. Fundus uteri mit einer Dünndarmschlinge fest verwachsen, das Cavum uteri communicirt mit dem Lumen dieser Darmschlinge durch 3 weite, zum Theil hartrandige Oeffnungen und eine vierte federkieldicke Oeffnung. Die Darmschlinge ist an letzter Stelle in der Ausdehnung eines Zolles nur für eine dünne Bleifeder durchgängig. Die mikroskop. Untersuchung steht noch aus. Keine Metastasen, Retroperitonäaldrüsen frei. Dr. Hach hält das Präparat für ein ulcerirtes Carcinom des Uteruskörpers. Die Perforation in den Darm ist erst erfolgt, nachdem schon vorher die Darmschlinge an den Uterus durch perimetrische Processe angelöthet war.

Secretair: Dr. Mercklin.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 19. December 1883.

Dr. Wulff berichtet, nach Hervorhebung der Schwierigkeiten

für die genaue Diagnose in Fällen, welche Kryptorchismus mit Brucheinklemmungserscheinungen combinirt darbieten, über eine Tags zuvor im Obuchow-Hospital vollzogene Operation. Ein 26jähriger Zimmermann, von mittlerer Constitution, war am 4. December in eine interne Abtheilung des Hospitals mit der Bezeichnung Peritonitis aufgenommen und am 11. December in die 4. chirurgische Abtheilung transportirt worden. Derselbe gab an, von Jugend auf keine Testikel im wenig entwickelten Hodensack gehabt zu haben; dieselben hätten sich in den Leistengegenden befunden und wären temporär auch da nicht zu fühlen gewesen. Im vorigen Jahre habe unter dem Heben einer schweren Last zum ersten Mal in der linken Leiste sich plötzlich eine Geschwulst gebildet, die am selben Tage durch Streichen von einem alten Weibe zum Verschwinden gebracht worden war. Am 1. Dec. fühlte er, als er einen Balken hob, einen plötzlichen Schmerz in der linken Leiste und bemerkte, dass daselbst eine faustgrosse Geschwulst entstanden war, die sich bei Hustenstössen stärker hervorwölbte. Es trat Schmerz im Leibe, seltenes, nicht quälendes Erbrechen ein, das bis zum Abend des 3. December währte, während seit dem 30. Nov. kein Stuhl erfolgt sei. Man fand den Kranken am Tage nach dem Eintritt ins Hospital bei gutem Kräftezustand, mit entwickeltem Puls, normaler Temperatur, mit mässiger Schmerzhaftigkeit des ganzen Unterleibes, der nicht aufgetrieben war, aber eine bei Berührung sehr empfindliche Geschwulst mit mattem Percussionston im Bereich des linken Leistencanals aufwies: es fand sich kein linker Hode, während der rechte vor der äusseren Oeffnung des Leistencanals vorlag. Am 6. war der Leib stärker aufgetrieben und schmerzhaft. Die Leistengeschwulst ergab jetzt beim Druck Gurgelgeräusch und leertympanitischen Percussionsschall; der Finger konnte in den Leistencanal nicht eindringen. Unter dem Gebrauch von Opium, Eis und hohen Lavements erfolgte am 9. Dec. ein Kothstuhl, und der Percussionsschall wurde in der Leistengeschwulst heller. Als Patient am 11. Dec. in die chirurgische Abtheilung übergeführt wurde, constatirte man eine halbeiförmige Geschwulst von mässiger Erhebung unter der unveränderten Haut, welche die Länge des linken Leistencanals einnahm, von elastischer Resistenz, mässig gespannt, fast fluctuirend, bei oberflächlicher Percussion matt, bei stärkerer fast metallisch klingend, und bei abwechselndem Druck Gurgelgeräusch gebend, und deren basale Peripherie sich deutlich mit einem breiten oberen lateralen und einem spitzen unteren medialen Pol (in der Gegend der äusseren geschlossenen Oeffnung des Leistencanals) abtasten lässt. Dagegen wird keine Bruchpforte und kein Testikel durchgefühlt. Der Leib ist elastisch weich, voll tympanitisch, kaum empfindlich. Zwei Stühle, Temperatur normal, Appetit vorhanden, Schlaf gut. — Im Laufe der nächsten Tage, unter Fortgebrauch von Eis und Lavements, nahm der Umfang der Leistengeschwulst etwas ab, und es gelang selbst, durch Streichen — von oben nach unten auffallender Weise — unter Gurgelgeräuschen dieselbe auf ein irreducibles Minimum zu bringen, das aber immer noch einen leertympanischen Klang gab, und sich dann allmälig, oder — unter Hustenstössen — rasch, zur früheren Grösse füllte. Dann traten wieder Schmerzen in derselben auf und strahlten ins Epigastrium aus. Eine Bruchpforte und den Testikel aufzufinden gelang nie. Unter diesen Umständen musste eine Fixation der vorgefallenen Darmschlinge an den Bruchsack oder an den abnorm gelagerten Testikel angenommen werden und wurde darum in der Narcose zur Herniotomie geschritten (Dr. Potozki). Es erwies sich, dass die Bruchgeschwulst fast unterhäutig gelagert war. Nach Eröffnung der Fascia m. obliqui ext., von dessen Muskelfasern keine Spur sichtbar war, wurde der die Darmschlinge enthaltende Fortsatz des Peritonäums eröffnet, der sich durch den in ihm am lateralen Rande gelagerten, ziemlich fest fixirten, platten, münzenförmigen Hoden als der Processus vaginalis communis testis et funiculi spermatici documentirte. Die ziemlich stark injicirte Dünndarmschlinge war in der Ausdehnung eines halben Fingergliedes straff mit dem oberen Pol des Bruchsackes verwachsen; die schlitzförmige Bruchpforte — der innere offene Leistenring — lag einige Fingerbreit tiefer. Es wurde zur Trennung der alten, bindegewebigen Adhäsion mit dem Messer geschritten, was eine lebhafte Flächenblutung zur Folge hatte, so dass eine gut halbstündige Compression der Darmschlinge zwischen Marlybäuschen und den Fingerspitzen nöthig war, ehe zur Versenkung der Darmschlinge in die Bauchhöhle geschritten werden konnte. Die Bruchpforte wurde ganz, der eröffnete Processus vaginalis und der Hautschnitt mit Einlegung kurzer Drains in den Ecken durch je eine Reihe Seidennäthe geschlossen, mit Jodoform gepudert und mit Sublimatmarly verbunden. Der Verband musste am Abend gewechselt werden, da er durch Ungeschicklichkeit des Wärters mit Urin verunreinigt worden war. Am 19. Dec. befand sich Patient wohl.

Dr. Kernig macht auf einen percutorischen Befund am Thorax kyphoskoliotischer Individuen aufmerksam, der sehr oft zu constatiren ist. Ueber der eingesunkenen Seite, also meist der linken, über der untern Thoraxpartie, befindet sich nämlich regelmässig eine ausgedehnte Dämpfung von 3—4 Fingerbreite, deren Deutung bis jetzt unklar war. In der vergangenen Woche bot sich ein solcher Fall wieder dar. Pat. litt an allgemeinem Hydrops, äusserster Dyspnoe und Schwäche. Vorn auf der Brust war eine colossale Dämpfung vorhanden, die vom Manubrium sterni rechts und links die Brustwarze erreichte, der Herzchoc ausserhalb der Mamillarlinie, dabei reine Herztöne. Die Grösse der Dämpfung war durch Herzhypertrophie und Retraction der Lungen zu erklären. Auch hier war die Dämpfung links unten vorhanden, die Section gab die Erklärung für dieselbe. Es handelte sich um vollständige Atelectase des linken Unterlappens, derselbe repräsentirte einen flachen Kuchen ganz ohne Luft. Ferner wurde auch der rechte mittlere Lungenlappen ganz atelectatisch gefunden.

Dr. Lingen theilt mit: Im December sind in's Marien-Magdalenenhospital 2 Patienten mit Meningitis cerebrospinalis aufgenommen worden, die dem Symptomencomplex und dem Verlaufe nach einige bemerkenswerthe Verschiedenheiten aufwiesen. (Der nachträgliche Verlauf der Fälle bis zum 9. Januar wird hier mit angeführt.)

1) Am 13. December trat ein 26jähriger Uhrmacher von schwächlicher magerer Constitution ein. Er war so benommen, dass er über die Anamnese seiner Krankheit nichts mittheilen konnte. Temp. 38,5, Abds. 39. Puls 108, klein, Blasses Gesicht, Pupillen etwas dilatirt, der Nacken erscheint geschwollen, steif, Hyperästhesie der Oberschenkel, Delirien, unfreiwillige Ausleerungen.

Am 4. Tage ist das Bewusstsein ungetrübt, die Hyperästhesie verbreitet sich über den Rumpf, Nackenstarre, der Kopf ist fast unbeweglich, Schmerzen im Rücken. Kein Fieber. Puls schwach.

Am 8. Tage hat die Hyperästhesie nachgelassen, der Kopf ist beweglicher, Pat. ist jedoch so schwach, dass er das Bett nicht verlassen, auch nicht aufsitzen kann. Klage über lebhaften Kopfschmerz und Schwindel.

Am 12. Tage hat die Hyperästhesie wieder zugenommen, anhaltende Schwäche, Diarrhoe.

Am 14. Tage Frostanfall, Temp. 39, Puls 98; nach einigen Tagen erscheint Erysipel am rechten Ohr, das sich über die rechte Gesichtshälfte verbreitet.

Am 18. Tage Erysipel und Fieber geschwunden, Temp. 36—37°. Das Allgemeinbefinden bessert sich, jedoch noch immer beträchtliche Schwäche, Unmöglichkeit das Bett zu verlassen. Patient ist blass und mager.

Am 26. Krankheitstage profuse Diarrhoe. Pat. ist von da an in voller Convalescenz.

Die Behandlung hatte in Darreichung von Sublimat und in mercuriellen Frictionen, später Valeriana und Chinatinctur bestanden. Bei diesem Patienten begründeten also die Diagnose auf Cerebrospinal-Meningitis — Cerebralaffection mit Fieber, Nackenstarre, Hyperästhesie, Rückenschmerz und anhaltende Muskelschwäche.

2. Fall. Am 15. December wurde ein 18jähriger Fabrikarbeiter aufgenommen. Nach Aussage seiner Mutter ist Pat. *plötzlich mit* Bewusstlosigkeit und Krämpfen erkrankt. Bei der *Aufnahme ist* Pat. bewusstlos, zuweilen wild aufschreiend, krampfhafte Zuckungen der Extremitäten, Strabismus, Pupillen träge reagirend.

Am 3. Tage kehrt das Bewusstsein wieder, hochgradige Hyperästhesie. besonders über der Wirbelsäule. Patient klagt über Schmerzen beim Schlucken und Sprechen, es erwies sich, dass an der Zungenwurzel und am Zungenrande Schwellung und oberflächliche Geschwüre vorhanden sind, wahrscheinlich hervorgebracht durch Bisse während des Krampfanfalles.

Während der folgenden Tage besteht die Behinderung beim Schlucken und Sprechen in geringem Grade fort. Die Hyperästhesie am Rücken ist so arg, dass bei geringster Berührung der Wirbel der Patient durch den ganzen Körper zuckt und zusammenfährt. Er liegt steif auf dem Rücken, beim Versuch ihn aufzurichten, steht er starr und steif auf seinen Beinen. Die Hyperästhesie an den übrigen Körpertheilen, besonders den Oberschenkeln, besteht in mässigem Grade fort.

Am 12. Tage tritt wiederum ein Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins ein, der sich am nächsten Tage wiederholt, nach zwei Tagen erscheinen in kurzen Intervallen 4 Anfälle, nach welchen Pat. ruhig, aber bewusstlos daliegt, jede Berührung des Rückens ruft aber Zuckungen im ganzen Körper hervor.

Am 15. Tage ist Pat. vollkommen bei Bewusstsein und ruhig; 4 Tage nach einander werden Vesicatorstreifen vom Nacken anfangend bis zur Lumbalgegend gelegt, welche namentlich die Abnahme der Hyperästhesie zu befördern scheinen.

Am 24. Tage (8. Januar) befindet sich Patient besser als an allen vorhergegangenen Tagen, bewegt sich freier und giebt alle Hoffnung zur Genesung. Die Behandlung hatte bestanden in Darreichung von Bromkalium, Sublimat, Valeriana mit Jodkalium, Bepinselung des Rückens mit Jodtinctur. Während des ganzen Verlaufs war kein Fieber beobachtet.

Aehnlich wie bei dem ersten Patienten trat die Krankheit mit Cerebral-Affection, Bewusstlosigkeit auf, nur gesellten sich Krämpfe hinzu. Das Bewusstsein kehrte bei Beiden nach einigen Tagen wieder; bei dem ersten Fall war der weitere Verlauf milder, bei dem zweiten durch die sehr arge langdauernde Hyperästhesie und die wiederholten Krampfanfälle viel stürmischer und bedrohlicher.

Dr. Kernig hat folgenden Fall beobachtet, der am gestrigen Tage zur Section kam: Eine 28jährige Frau wurde in's Obuchow-Hospital mit der Diagnose Meningitis spinalis aufgenommen. Den Abend vorher waren plötzlich allgemeine Convulsionen aufgetreten; bei der Aufnahme Bewusstsein vorhanden, Klage über heftigen Lumbal- und Sacralschmerz; dabei leichte Rückenstarre, eine leichte Nackenstarre, mässiger Kopfschmerz. In diesem Falle

wurde eine Erscheinung beobachtet, die Dr. Kernig in zahlreichen Fällen constatirt hat, nämlich das Auftreten von Contractur im Knie, welche im Liegen fehlt, aber beim Aufsetzen oder Flexionsversuchen des Oberschenkels auftritt; wird die Flexion aufgehoben, so schwindet sofort die Contractur. Die Kranke hatte nur Spuren von Fieber. Am folgenden Tage war Nackenstarre und Kopfschmerz ausgesprochener, so dass Meningitis cerebro-spinalis angenommen wurde, aufsteigend von der Lumbalregion. Den dritten Tag macht Patientin einen noch schwereren Eindruck, der Kopfschmerz ist gesteigert. Am nächsten Morgen erfolgt der Tod. Die Section ergab nur auf den grossen Hemisphären leichteste Meningitis, aber ausgebreitete Hämorrhagien der Pia auf Convexität und Basis und längs der ganzen Pia spinalis. Ausserdem aber Hirnhämorrhagie von Wallnussgrösse im rechten Frontallappen, von hier war Blut in die beiden Seiten- und in den 4. Ventrikel geflossen. Die Blutung war secundär, da das Blut ganz flüssig war. An der Pia des Rückenmarks war es schwer zu entscheiden, ob entzündliche Vorgänge vorlagen; es waren aber, wie erwähnt, zahlreiche dichtstehende kleine Blutungen vorhanden.

Sonst war bemerkenswerth: Hypertrophie des linken Ventrikels und chronische Nephritis.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 2. October 1884.

1) Dr. Holst referirt über *einen Fall von Diabetes*, welcher sich durch einige ungewöhnliche Erscheinungen auszeichnet: Bereits vor einigen Jahren hat H. einige Fälle von Diabetes beschrieben, bei denen er durch Glycerinbehandlung günstige Erfolge erzielte. Da Diabetes in Petersburg überhaupt selten beobachtet werde, so theile er auch den jüngst beobachteten Fall mit. Am 7. April a. c. trat eine 55jährige Frau in's Evangelische Hospital ein, nachdem bereits seit dem vorigen Herbst Diabetes constatirt worden. Der Harn enthielt damals 25‰ Zucker; einige Zeit darauf wurde sie in Moskau behandelt, und sollen dort 45 pro Mille Zucker gefunden worden sein. Beim Beginn der Behandlung im Evangel. Hospital bestand die Haupterscheinung in hochgradigem Appetitmangel, während über Durst garnicht geklagt wurde. Die Harnmenge war auffallend gering, nur 7—800 Ccm. mit 15 pro Mille Zucker. Ausserdem klagte Pat. beständig über einen süsslichen Geschmack im Munde. Aus diesen Gründen konnte sich H. nicht zur Glycerinbehandlung entschliessen und verordnete Natron salicylicum zu 10 Gran 4mal täglich. Die Harnmenge stieg dabei bald auf 1000—1200 Ccm. und enthielt am 13. April 13 pro Mille Zucker. Darauf folgte ein Stillstand im Befinden, bis H. am 26. April die Gabe des Natron salicylic. auf 15 Gran steigerte. Darnach fiel der Zuckergehalt auf 1 pro Mille und der Appetit kehrte zurück, wurde sogar wieder gut. Desgleichen besserten sich der Schlaf und das Allgemeinbefinden.

Am 6. Juni wurde Pat. scheinbar genesen zur Nachcur nach Carlsbad geschickt. An diesem Tage betrug die Harnmenge 1500 Ccm., enthielt aber unerwarteter Weise wieder 18‰ Zucker. Holst glaubt dieses auf starke Gemüthsbewegungen der Patientin zurückführen zu müssen, welche sie in letzter Zeit betroffen hatten. Im Laufe des Sommers erhielt H. einen Brief aus Carlsbad, dass der Zucker vollständig aus dem Harne geschwunden und Pat. genesen sei.

2) Dr. Holst legt dem Verein einen ihm jüngst von Dr. Braatz aus Libau zugesandten «Taschenirrigator» vor.

3) Dr. Höfler (Badearzt aus Krankenheil, welcher als Gast der Sitzung beiwohnt) hält einen kurzen Vortrag über «*Krankenheil bei Tölz im bayrischen Hochgebirge*», in welchem er die Vorzüge dieses Ortes zu schildern sucht.

4) Dr. Lange bespricht an der Hand eines einschlägigen Falles die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen einfacher seröser und durch einen von der Choroidea ausgehenden Tumor bedingter Netzhautablösung und giebt ein Verfahren an, mittelst dessen es ihm gelungen ist diese beiden, ophthalmoskopisch sich so ähnlich sehenden, in ihrer prognostischen Bedeutung jedoch so sehr von einander verschiedenen Zustände von einander zu trennen. — Lässt sich die Sclera, das zwischen Choroidea und abgelöster Netzhautpartie gelegene Medium und die Netzhaut durch einen auf die der Netzhautablösung entsprechende Scleralpartie auffallenden, durch eine Convexlinse concentrirten Lichtkegel derartig durchleuchten, dass der Untersucher die Pupille des zu untersuchenden Auges roth aufleuchten sieht, so ist ein solider, zwischen Choroidea und Retina sich findender Tumor auszuschliessen, — gelingt die Durchleuchtung der genannten Theile nicht, so wird eine mit Wahrscheinlichkeit auf Tumor choroideae gestellte Diagnose noch mehr gefestigt. — In dem von Dr. Lange mitgetheilten Falle nahm die Netzhautablösung den vorderen nasalen (medialen) Theil des Bulbus ein und konnte die Diagnose, ob einfache seröse Netzhautablösung oder Leuko-sarcoma choroideae subretinale, nicht mit Sicherheit gemacht werden, ja da Letzteres nicht nur nicht ausgeschlossen werden konnte, sondern als das Wahrscheinlichere schien, musste an die Enucleation des Bulbus gedacht werden. — Mittelst des oben angegebenen Durchleuchtungsverfahrens konnte ein Tumor ausgeschlossen werden. Die Pupille leuchtete hierbei im schönsten Roth-Orange auf, und konnte hinter der abgelösten Netzhaut mit grösster Sicherheit ein flüssiges Medium, in dem verschiedene flottirende Fibringerinnsel sich fanden, nachgewiesen werden. Späterhin hat sich die seröse Netzhautablösung spontan angelegt, und wurde das Auge wieder vollkommen sehtüchtig.

Selbstverständlich kann die Durchleuchtung der Sclera zu diagnostischen Zwecken nur in den Fällen zur Anwendung gelangen, in denen die fragliche Netzhautablösung den vorderen Bulbusabschnitt einnimmt, und auch hier nur bei medialem Sitze derselben. Referent hat sich davon überzeugt, dass sich die Pupille eines jeden Auges per Scleram aufleuchten lässt, die von ihm in Anwendung gezogene Untersuchungsmethode somit von direct praktischer Bedeutung ist.

Die Mittheilung wird demnächst in den Zehender'schen Monatsblättern für Augenheilkunde im Druck erscheinen.

Dr. Magawly betont ebenfalls, dass die L.'sche Methode nur für die vorderen Abschnitte des Auges verwerthbar, da aber Vorzügliches zu leisten berufen sei. Im vorliegenden Falle hat die Pat. entschieden der L.'schen Methode die Erhaltung ihres Auges zu verdanken. Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Dorpat, 17. November. In einem Tone, welcher nicht gerade Wohlwollen verräth, sind in letzter Zeit in der russischen Presse wiederholt die Ausgaben zum Unterhalte der Universität Dorpat zur Sprache gebracht worden. Namentlich verurtheilte der «Rish. Westn.», anlässlich der von der hiesigen medicinischen Facultät nachgesuchten dringend nothwendig gewordenen Verstärkung der Mittel zum Unterhalte mehrerer bei derselben bestehender wissenschaftlicher Anstalten, principiell eine jede Vermehrung der Mittel der Dorpater Universität, so lange auf derselben nicht in der Reichssprache gelehrt werde, und in dem nämlichen Sinne sucht neuerdings auch eine Rigaer Correspondenz der «Neuen Zeit» wider das in Rede stehende Gesuch Stimmung zu machen. Wir registriren nur, dass selbst die «Nowosti» wider die dort geltend gemachten Ausführungen theilweise remonstriren. Sodann mag daran erinnert werden, dass die Universität Dorpat — was unseres Wissens bei einer anderen Hochschule Russlands nicht der Fall gewesen — zum Theile mit auf Kosten des Landes ins Leben gerufen worden, dass ferner die Universität dem Staate so wenig kostet, wie keine einzige andere Universität des Reiches, dass die Professoren der hiesigen Hochschule ein weit geringeres Gehalt beziehen, als überall anderwärts, dass u. A. auch zu Gunsten keiner anderen Universität des Reiches für Kron-Stipendien so geringe Ausgaben dem Fiscus auferlegt sind, wie zu Gunsten unserer Hochschule. Die «Russ. Z.» hat neuerdings überdies die Mittheilung gebracht, dass für das nächstjährige Ausgaben-Budget des Ministeriums der Volksaufklärung Ersparnisse gerade innerhalb des Dorpater Lehrbezirks vorgenommen seien. Neben der aus der Aufhebung des Amtes eines Curator-Gehilfen resultirenden Ersparniss führt nämlich das Moskauer russische Blatt auch an, dass die Subvention für den Unterhalt der Klinik für Nervenkranke zurückgezogen worden sei. Diese Mittheilung beruht erfreulicher Weise auf einem Irrthume oder Missverständnisse; vielmehr ist, wie wir hören, gerade dieser Tage die Nachricht hieselbst eingegangen, dass der bis hiezu bewilligt gewesene ausserordentliche Zuschuss von 2000 Rbl. zum Unterhalte der Klinik für Nervenkranke in einen fortlaufenden Beitrag zu Gunsten dieses Instituts, welches, wie noch kürzlich hervorgehoben worden, für die gerichtsärztliche Praxis von so grosser Bedeutung erscheint, umgewandelt worden ist. (N. Dörpt. Ztg. № 270.)

— Das Conseil der Universität hat Dr. M. Braun, bisher ausserordentlicher Professor der Zoologie, zum ordentlichen Professor des von ihm vertretenen Lehrfaches gewählt. Professor M. Braun ist auch in medicinischen Kreisen bekannt durch seine Entdeckung der dem Bothriocephalus latus angehörigen Finne, von der er nachgewiesen hat, dass sie sich der Quappe und des Hechtes als Zwischenwirthes bedient. (Cfr. Petersb. med. Wochenschr. 1882, pag. 137 und 443.)

— Der Präsident des Medicinalrathes, Prof. emer. Dr. Zdekauer, ist von der hiesigen «Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit», deren Präsident er seit der Gründung derselben ist, zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Zu *Decanen der medicinischen Facultäten*, welche nach dem neuen Universitätsstatut nicht mehr von den Facultäten gewählt, sondern vom Minister bestimmt werden, sind ernannt worden: in Moskau Prof. Sklifossowski, in Kijew Prof. Subbotin, in Charkow Prof. Sarubin und in Kasan Prof. Arnstein.

— Die militär-medicinische Academie beging, was bereits seit mehreren Jahren nicht mehr vorgekommen, am 18. November wiederum in feierlicher Weise ihren Jahres-Actus. Die Festrede hielt der Professor der Zoologie E. Brandt und den Jahresbericht verlas der gelehrte Secretär der Academie Prof. Dobrosslawin.

— Die Doctoren Bjelzow und Ratimow haben sich mit Bewilligung der Conferenz als Privatdocenten für Chirurgie an der militär-medicinischen Academie habilitirt.

— Von 7 vorgeschlagenen Candidaten hat die militär-med. Academie drei, nämlich die DDr. Ssirotinin (Therapeut), Dostojewski und Kostjurin (Patholog), ausgewählt, welche zur wis-

senschaftlichen Vervollkommnung auf Kosten der Krone in's Ausland geschickt werden.

— In Deutschland sind zwei bekannte Zoologen, der berühmte Reisende Dr. Alfred Brehm, im 56. Lebensjahre, und der Director des zoologischen Gartens in Berlin, Dr. Bodinus, 71 Jahr alt, gestorben.

— Dr. Snamenski, Assistent des Prof. Sklifossowski, hat sich als Privatdocent für Zahnheilkunde an der Moskauer Universität habilitirt. Er beabsichtigt auch einen Cursus in der Technik der Zahnheilkunde zu eröffnen.

— Prof. Ludwig in Leipzig ist von der königl. Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft die Copley-Medaille für seine physiologischen Forschungen zuerkannt worden.

— *Verstorben*: 1) In St. Petersburg der Bezirksarzt des Findelhauses, Staatsrath Dr. Paul v. Smolian, im 41. Lebensjahre, 2) In Königsberg der berühmte Physiologe, Prof. v. Wittich, welcher vor Kurzem wegen Krankheit seine Professur aufgab. 3) In Paris der Professor der medicinischen Chemie Dr. Henninger, 35 J. alt; 4) der Arzt bei der landwirthschaftlichen Schule in Mariinsk Dr. Gross; 5) der Landschaftsarzt des Permschen Kreises Lampadow; 6) in Wien Professor Dr. Franz Chwostek, bekannt durch seine Leistungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie, im 50. Lebensjahre; 7) in Reval am 16. Nov. Dr. Woldemar Wernoke.

— Am 22. November n. St. verschied in Tübingen der berühmte Physiologe, Professor, Dr. Carl Vierordt, nach längerer Krankheit im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene hat vom Jahre 1849 an als Professor der Physiologie und Leiter des physiologischen Instituts an der Universität Tübingen erfolgreich gewirkt; erst vor wenigen Monaten musste er, durch Krankheit gezwungen, seine Professur aufgeben.

— *Die Zahl der Studirenden der militär-medicinischen Academie* beträgt den «Medicinischen Neuigkeiten» zufolge zur Zeit 803 und zwar vertheilt sich diese Zahl nach Cursen und Confessionen wie folgt:

Cursus:	Confession: Recht-gläub.	Katho-liken.	Luthe-raner.	Arm.-Greg.	Mosa-isch.	Summa.
I. (Vorbereit.-C.)	128	10	14	1	8	161
II. (dito)	98	17	11	—	11	137
III.	115	18	5	—	6	144
IV.	117	18	11	1	8	155
V.	63	18	2	1	4	88
Entlassungs-Cursus	83	18	6	1	10	118

Von dieser Zahl hatten in der naturwissenschaftlichen Abtheilung der physiko-mathematischen Facultät der Universität ihren Cursus absolvirt: im Entlassungs-Cursus — 2, im V. Cursus — 5, im IV. Cursus — 26, im III. Cursus — 6 und im II. Vorbereitungs-Cursus — 17. Die Entlassungs-Examina sind am 25. October geschlossen worden und haben von den 117 Studenten des Entlassungs-Cursus nur 50 das Examen zum Termin absolvirt; die übrigen 67 haben ihr Examen noch nicht beendigt oder müssen nachexaminirt werden.

— Das *Sanitätspersonal im Ressort des Kriegsministeriums* in Russland bestand am 1. Januar 1884 nach dem Verzeichniss des Militär-Medicinal-Ressorts aus 2,797 Aerzten, 281 Veterinären, 252 Pharmaceuten, 7,119 Feldscheerern verschiedener Benennung und 1,153 Veterinär-Feldscheerern. Im Laufe des Jahres 1883 starben von dem im Dienst stehenden Sanitätspersonal dieses Ressorts 50 Aerzte, 5 Veterinäre, 5 Pharmaceuten und 82 Feldscheerer; vom Dienst verabschiedet wurden 131 Aerzte, 14 Veterinäre, 7 Pharmaceuten und 114 Feldscheerer. (Russ. Med.)

— Zur medicinischen Facultät der Universität Kasan gehören gegenwärtig 514 Studirende. Die Würde eines Doctors der Medicin ist im letzten Jahre nur Einem verliehen worden.

— Wie der «Wratsch.» erfährt, kommt die projectirte «Vereinigte Gesellschaft St. Petersburger und Moskauer Aerzte», deren Statuten bereits bestätigt waren, nicht zu Stande.

— In Moskau tritt in nächster Zeit ein „*Aertzlicher Club*“ ins Leben. In dem Versammlungslocal soll ein vollständiges medicinisches Lesezimmer, eine Bibliothek, Cabinete für histiologische und mykologische Untersuchungen etc. eingerichtet werden. Mitglied kann jeder diplomirte Arzt werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 15 Rbl. jährlich, ausserdem sind beim Eintritt mindestens 5 Rbl. zu zahlen.

— Der amerikanische Eisenbahnkönig Vanderbilt hat dem Newyorker College für Aerzte und Wundärzte eine Schenkung von 500,000 Dollars gemacht. Dieses College, welches bereits seit 1807 besteht, nimmt unter den 100 Hochschulen für Aerte in den Vereinigten Staaten den ersten Rang eln.

— Dr. Rudolf Emmerich (aus München) will in den inneren Organen und im Blute sämmtlicher von ihm in Neapel secirter Choleraleichen, sowie auch im Blute einer noch lebenden cholerakranken Person stets *ein und dieselbe Art wohlcharakterisirter Pilze* gefunden haben, welche von den durch Koch im Choleradarme gefundenen Kommabacillen verschieden sind.

(Allg. m. C.-Ztg.)

— Die *Cholera in Paris* ist dem Erlöschen nahe. Im Ganzen sollen dort gegen 900 Menschen derselben erlegen sein. Die Epidemie kann als eine im Ganzen milde angesehen werden, da die Mortalität eine verhältnissmässig geringe (1 : 5) ist und foudroyante Fälle selten gewesen sind. Wie wenig widerstandsfähig übrigens Greise der Cholera gegenüber sind, beweist die auffallend grosse Sterblichkeit in einer Pariser Altersversorgungsanstalt, in welcher von 200 Pensionären in 24 Stunden 40 an der Cholera starben.

Schon im September waren im Viertel Aubervilliers von Paris choleraartige Erkrankungen vorgekommen. Es wurden energische prophylaktische Maassregeln ergriffen und glaubte man schon die winzige, auf einen bestimmten Herd beschränkte Epidemie dem Erlöschen nahe, als sie plötzlich (am 4. November n. St.) gleichzeitig an verschiedenen Puncten der Stadt auftrat und von Tag zu Tag grössere Dimensionen annahm. Wie ein englisches Blatt nachwies und die Pariser med. Blätter es zugaben, spotten die hygienischen Verhältnisse in den von der Seuche vorzugsweise heimgesuchten Stadttheilen von Paris jeder Beschreibung. Ein schmutziges Gesindel ist dort in luft- und lichtlosen Stuben zusammengepfercht, Closets fehlen oft, die Wasserversorgung ist unzureichend und es muss daher das unreine Wasser der Seine benutzt werden und dergleichen mehr.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 11. November 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2426	1702	4128
Kinderhospitäler	115	179	294
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	125	53	178
Scharlach	7	20	27
Pocken	15	9	24
Venerische Krankheiten	407	371	778

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 4. Nov. bis zum 10. November 1884 besucht von 2086 Kranken, darunter zum ersten Mal von 817.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 11. bis 17. Nov. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
230	185	415	80	28	53	12	1	13	53	44	39	39	33	14	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 0, Scharlach 3, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 4.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, andere Gehirnkrankheiten 15, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 26, acute Entzündung der Athmungsorgane 41, Lungenschwindsucht 82, andere Krankheiten der Brusthöhle 10, Gastro-intestinal-Krankheiten 50, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 30, Marasmus senilis 16, Cachexia 17.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 6, Mord 0.

— Andere Ursachen 11.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohner-zahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	26 Oct.—1 Nov.	190 115	71	9	19,4	12,6	33,4
Kopenhagen	29 Oct.—4 Nov.	267 000	127	21	24,7	16,5	43,2
Berlin	2—8 Nov.	1 192 203	526	111	22,3	21,0	37,4
Wien	2—8 Nov.	759 849	329	19	22,5	5,8	30,2
Brüssel	26 Oct.—1 Nov.	171 293	72	5	21,8	6,9	29,8
Paris	31 Oct.—6 Nov.	2 239 928	1006	108[1]	23,4	10,7	26,0
London	2—8 Nov.	4 019 361	1516	188	19,7	12,4	32,3
St. Petersburg	**9—15 Nov.**	**928 016**	**389**	**42**	**20,7**	**10,8**	**27,4**

[1]) Einschliessend an Cholera 2.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. November c.

Tagesordnung: B. Kolbe, Ueber den Einfluss der relativen Helligkeit von Schriftzeichen und dem Grunde auf die Sehschärfe.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. December c.

Verlag von Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Dr. W. Podwyssotzki (Sohn)

KEFYR

Kaukasisches Gährungsferment und Getränk aus Kuhmilch. Seine Geschichte, Literatur, Zubereitung, Zusammenhang, sowie physiologische und therapeutische Bedeutung.

Preis 80 Kop.
Mit Versendung 1 Rbl.

Goldene Medaille für Verbandstoffe und Frucht-Extracte.

Moskau 1882.

Das

chemische Laboratorium

von

J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,
empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly, Cambric, Jute, Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte, Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung;

übernimmt die Ausführung:

von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;

von sämmtlichen **Zerkleinerungsarbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 143 (4)

Vorräthig in der Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14:

Die Keimbildung

der

DORPATER LANDSMANNSCHAFTEN.

Eine kritisch-historische Untersuchung
von
Theodor Neander.

Mitau 1884. 2 Rbl. 20 Kop., mit Versendung 2 Rbl. 40 Kop.

„FRANZ JOSEF" BITTERQUELLE

ausgezeichnet durch die mild auflösende und kräftig abführende Wirkung, enthält in 1000 G. an Sulfaten: 47,9, Chlormagnesia: 1,8, Natron bicarbonicum: 1,2. — Vorräthig in den Mineralwasser-Depôts und den meisten Apotheken, doch werden die Herren Aerzte gebeten, stets die Bezeichnung „**FRANZ-JOSEF-Bitterquelle**" zu gebrauchen. 185 (14)

Die Versendungs-Direction, Budapest.

Ein zuverlässiger Mann, der deutsch und russisch versteht, vertraut mit Haus- und Fabrikverwaltung, sucht eine Stelle als Aufseher in einem Hospital oder in einer Privat-Heilanstalt. Zu erfragen Измайловскій п. 10 рота д. 10 кв. 4.

Schwedische Heilgymnastik u. Mass[...]

für Herren, Damen und Kind[...] 198 (3)

[...]afsky-Pereulok № 7, Quart. 3 und Wassili-Ostrow 1. Linie № 12, Quart. 1.
C[...]nsultant **Dr. Masing.** Die Gymnastik leitet Fräul. **von Bildt.**

DIE HEILGYMNASTISCHE ANSTALT

im Ingenieur-Pavillon, neben dem Circus,

ist fü[r] **Gymnastik** und **Massage** offen für Herren von 8—11 Uhr Morgens und 3—5 Uhr Nachm., für Damen und Kinder von 12—2 Uhr Nachm.

Di[e] [Heil]gymnastik wird in meiner Anstalt nach dem System von Ling, dem Gründer der schwedischen Gymnastik, ausgeführt; die Massage jedoch nach der Methode von Dr. Metzger in Amsterdam. — Meine mehr als 30jährige praktische Thätigkeit auf diesem Gebiete und die dabei erworbene Erfahrung wie auch meine schriftliche Thätigkeit, die in mehreren sowohl wissenschaftlichen wie populären Arbeiten niedergelegt worden ist, und welche als die ersten Specialarbeiten über die **Heilgymnastik** und über die **Massage** in Russland erschienen, werden hoffentlich nicht ohne Beachtung bleiben sowohl von den reflectirenden und gewissenhaften Aerzten, wie auch von dem um seine Gesundheit besorgten Publikum. 201 (1)

Dr. med. A. Berglind, Kaiserl. Hofgymnast.

Wichtig für die Herren **Apotheker** und **Aerzte! Chininum sulfuricum** und **muriaticum**, ganz reine probehaltige Präparate empfiehlt das **Newsky-Apothekerwaaren-Magazin** immer zum **Hamburger Börsenpreise;** momentan ca. 2 Rbl. per Unze, bei grösseren Quantitäten unter 2 Rbl. Auswärtige Bestellungen werden prompt ausgeführt. Adresse: 196 (5)

НЕВСКІЙ АПТЕКАРСКІЙ МАГАЗИНЪ,
Невскій проспектъ № 47, уголъ Владимірской
Telephon № 548.

Cur- und Wasserheilanstalt

192 (2)

SASSENHOF BEI RIGA.

Gesammtes Wasserheilverfahren, Elektrotherapie, Heilgymnastik und Massage, künstliche Mineralbäder. Besonders geeignet für: **Nervenleiden, allgem. Ernährungsstörungen, Rheumatismus, Schwächezustände, Magen- und Darmleiden, Blasencatarrh, Nierenleiden, Morphiumsucht.** Das ganze Jahr hindurch geöffnet. Näheres durch den Prospect. **Dr. med. Schröder.**

St. Petersburger Metallfabrik

Wiborger Seite, Ufer der Grossen Newa № 11
liefert

Desinfections-Kammern

System Professor-Architekt D. Sokolow und Director O. Krell,
mit directem Dampf wirkend.

UNDURCHLAESSIGE SENKGRUBEN
aus verzinktem Eisenblech für Aborte. 171 (13)

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband, Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen, chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (17)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

Dr. Kadner's Heilanstalt für innere Krankheiten,

137 **Niederlössnitz bei Dresden.** (1)

Rationelle Behandlung. Comfortables Haus, das ganze Jahr geöffnet. Dirigent früher Assistenzarzt a. d. med. Klinik zu Leipzig. — Prospecte franco und gratis.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 23 Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 48. **St. Petersburg, 1. (13.) December** **1884.**

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von

Dr. P. G. Unna,

dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

(Fortsetzung.)

Resumiren wir aus den drei letzten Krankengeschichten das, was über die *Tendenz zur Blasenbildung* bisher zu sagen ist. Fall VIII. zeigt einen universellen Lichen acuminatus, complicirt mit einigen wenigen Planusflecken; auf diesen schiessen während der schon beginnenden Involution der spitzen Papeln spontan Blasen auf. Fall IX. giebt wiederum ein Beispiel der Coexistenz sämmtlicher drei Lichenformen; nur auf den tellerförmigen, platten erheben sich, und zwar mit Hartnäckigkeit recidivirend, Blasen; schon früher hat eine bullöse Dermatose unbekannter Art sich mehrere Jahre cyklisch wiederholt. Die blasenbildenden Planusflecke erweisen sich bei der Behandlung als die hartnäckigsten. Fall X. endlich zeigt einen reinen Fall von universellem Lichen planus der schwersten Art. Nur die Planusflecke des Kopfes zeigten während des ganzen Bestandes fortwährende Blasenrecidive; die übrigen Efflorescenzen bilden, und zwar fast sämmtlich, Blasen erst nach ihrer Abheilung; endlich gelangt auch hier die Tendenz durch äussere Behandlung zur Heilung. Hiernach muss ich vorderhand, bis mehr Erfahrungen vorliegen, die Blasenbildung als nur dem Lichen planus eigenthümlich, aber ausserdem abhängig von einer gewissen, noch unbekannten Beschaffenheit der Oberhaut ansehen; wenn die Eigenthümlichkeit dem Lichen planus als solchem zukäme, so müssten die Blasen viel häufiger und längst bekannt sein.

Die Krankengeschichte X. ist aber weiter bemerkenswerth wegen der bisher auch von den Engländern und Franzosen, den grössten Kennern des Lichen planus, wie es scheint, übersehenen Eigenthümlichkeit der *weisslichen Puncte des Lichen planus*. Ich habe dieselben nie ausgeprägter und reichlicher beobachtet als hier. Neumann hat zuerst die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt, findet sie aber nur an der Peripherie der Planusflecke. Ich habe sie sowohl im Centrum wie an der Peripherie beobachtet. Sie sind nicht allein den Planusflecken, sondern auch, wenngleich seltener, den Obtususpapeln eigenthümlich. Hier liegen sie jedoch nur im Centrum, und zwar in jeder Papel nur ein bläulich-weisser Fleck, der sich beim Herauspräpariren als eine concentrisch geschichtete Hornperle erweist und offenbar einer Schweisspore entspricht. An diesem kleinen Objecte werden vielleicht noch einmal ätiologische Studien einzusetzen haben. Als ein Beispiel dieser Art gebe ich auszugsweise eine Krankengeschichte, die zu lang ausgedehnt ist, um sie hier vollständig mittheilen zu können.

XI. Ein 40 jähriges Fräulein hatte seit längerer Zeit an den Armen und Beinen ein Paar dunkelrothe, glatte Planusefflorescenzen bemerkt, ohne ihnen viel Bedeutung beizumessen. Da trat im Jahre 1882 ein universeller Ausbruch grosser, getrennt stehender Obtususpapeln hinzu, welcher durch eine dreiwöchentliche Cur mit der Zink-Carbol-Sublimatsalbe beseitigt wurde, nachdem lange Zeit asiatische Pillen ohne merklichen Erfolg genommen waren. In diesem letzten Frühjahre trat ein noch weit schlimmeres Recidiv ein, dessen Ursprung ich in einigen nicht ganz ausgeheilten Papeln des unteren Rückenabschnittes vermuthe. Dieselben konnten leichter übersehen werden, da die Cur nicht in meiner Klinik stattfand, sondern im Hause der Patientin geleitet und natürlich auf das mindeste Maass beschränkt wurde. Genug, das neue Recidiv ging von einer Gruppe grosser Obtususpapeln der Kreuzgegeed aus, die das Bild einer central eingesunkenen, aus kleinen Papeln zusammengeflossenen Lichenplaques in sehr viel grösseren Dimensionen wiederholte. Bei diesem Ausbruche bemerkte ich nun, dass in den über den ganzen Körper zerstreuten Obtususpapeln, wenn sie die maximale Linsengrösse erreicht hatten, häufig ein bläulichweisser Punct im Centrum auftrat, der sich oft ohne Blutung als eine senfkorngrosse Hornperle ausschälen liess. Diese Puncte gaben zugleich einen Fingerzeig für die Heilung der Papeln ab, denn so lange dieselben sich von Neuem wiederbildeten, waren die Papeln zeitweise empfindlich und erhaben und konnten nicht als geheilt betrachtet werden. Erst mit der definitiven Abheilung und Pigmentirung liess die Neubildung dieser Hornperlen nach. Bei Bedeckung der Papeln mit einem Arsenik- oder Sublimat- oder Salicylpflastermull, resp. Collodium, stiessen sich diese Pfröpfe mit Hinterlassung eines scharfrandigen, runden Löchelchens ab. Auch die Therapie in diesem Falle war lehrreich. Aus äusserlichen Gründen wurde dieselbe zunächst auf grosse Arsenikgaben und eine äusserliche, ambulante Behandlung beschränkt. Bei der Nutzlosigkeit der letzteren stieg ich zuletzt auf einen mit Fett präparirten Zinkleim, der 10% Sublimat (!) enthielt [1]. Erst diese, recht schmerzhafte Composition brachte allerdings die damit bestrichenen Papeln zum Schwinden, allein es kamen dafür immer neue wieder zum Vorschein. Endlich entschloss sich die Patientin auf mein Andringen zu der öfter erwähnten Carbol-Sublimat-

[1] Zinci oxyd. 20, Sublimat 20, Adipis 40, Gelatin. 40, Glycerini 80. M. f. gelatin.

Schmiercur im Bette, und ich hatte nun Gelegenheit, die vorzügliche Wirkung derselben auch auf einen reinen, universellen Lichen obtusus schwerster Form zu beobachten. Schon vom zweiten Tage der Cur kamen keine neuen Papeln mehr zum Vorschein, die frisch entstandenen verschwanden rasch, die alten involvirten sich langsam. Am Schlusse der Cur waren nur noch 3 oder 4 der ältesten Papeln restweise vorhanden, die auch der Schmiercur trotzten und schliesslich mit Chrysarobin- und Sublimatcollodium beseitigt werden mussten. Auch die Quecksilber-Arsenik-Pflastermulle des Falles X. waren eine Zeitlang mit Erfolg angewendet worden. Endlich beobachtete ich in diesem Falle noch eine für die Aetiologie des Lichen nicht unwesentliche Thatsache. Als die Pat. Nachts eine in das Zimmer gedrungene Katze hinaussetzen wollte, erlitt sie ein Paar langgezogene, oberflächliche Kratzwunden am Bauche. Unter meinen Augen entstanden auf den eben verheilten Narben Lichenplaques von ganz ungewöhnlicher Art, indem dieselben genau die Umrisse der Kratzstellen in verschwommener Form nachahmten, gerade wie sich Psoriasispapeln in vorgeschriebenen Umrissen künstlich erzeugen lassen.

Die in diesen beiden, besonders aber im Falle X. gebrauchten Pflastermulle eigenthümlicher Zusammensetzung geben mir noch zu einer therapeutischen Bemerkung Anlass. Ich kam hier auf den äusseren Arsenikgebrauch, nachdem der innere, wie übrigens beim Lichen planus oft, seinen Dienst versagt hatte. Die Pflaster dagegen thaten ihre Schuldigkeit so gut, dass nirgends ein Stückchen gesunder Haut verloren ging, sondern überall nur die lichenöse Haut nekrotisirte und sich abstiess. Auf die Combination des Arseniks mit dem Quecksilber zu diesem Zwecke, kam ich durch den prompten Effect, den man bei spitzen Condylomen mittelst derselben erreichen kann, ebenfalls ohne die gesunde Haut anzugreifen. Arsenikpflaster allein sind nach meiner Erfahrung wohl für den weichen Lupus, aber nicht für harte Neubildungen und Infiltrationen zu gebrauchen[1]). Hier muss die Combination mit Quecksilber eintreten, um denselben Effect zu erreichen, wie ihn sonst der Arsenik allein erzielt. — Die Neuzeit hat dem Bilde des Lichen ruber noch ein anderes Symptom angereiht, nämlich eine specifische *Mundaffection*. Crocker (s. Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1882, p. 161) hat sie, nachdem Wilson und Hutchinson dieselbe kurz erwähnt hatten, zuerst genau beschrieben. Kurz vorher hatten Pospelow und Neumann je einen Fall derselben Complication mitgetheilt. In allen diesen Fällen handelte es sich um Lichen planus, bei welchem flache weisse Streifen oder runde Flecke auf der Wangen- und Zungenschleimhaut auftraten. Crocker glaubt sogar, dass diese Mundaffection der Hautaffection vorausgehen könne und daher prognostisch wichtig sei. Da Lichen planus in Hamburg viel seltener ist als die anderen beiden Formen (ich habe unter 30 Lichenfällen bisher nur 7 von Lichen planus gesehen), so mag es hiermit zusammenhängen, dass ich trotz genauer Untersuchung auf diesen Punct hin bisher keinen analogen Fall beobachten konnte. Dagegen kann ich über zwei Kranke berichten, die unter meiner Beobachtung einen Lichen acuminatus durchmachten und zugleich oder vorher eine Mundaffection, welche ihrerseits eigenthümlich war und in einem Falle sicher, in einem andern wahrscheinlich mit dem Lichen in Zusammenhang stand. Der erstere betraf eine Frau, über welche ich bereits a. a. O. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1882, p. 259) Ausführliches mitgetheilt habe, so dass ich hier den Fall nur kurz resumiren will.

XII. Frau R., 38 Jahre alt, seit 6 Jahren verheirathet, nie mit Syphilis behaftet gewesen. Seit 8 Tagen ein stark juckender Ausschlag auf beiden Handrücken, der von hier aus die Extremitäten, den Rumpf und den Kopf befallen hat. Aufnahme in meine Klinik am 12. November 1881. Der Status praesens ergiebt einen typischen Lichen acuminatus universalis, der ohne Unterbrechung, mit alleiniger Ausnahme der Gelenkbeugen, den ganzen Körper, auch den behaarten Kopf überzieht. Ein besonderes Interesse bieten die Handteller, Fussohlen und die Zunge. Erstere Regionen sind anstatt mit spitzen Knötchen, mit flachen papulösen Erhabenheiten von erheblicher Grösse bedeckt, die in der Mitte graulich durchscheinend, am Rande bläulichweiss, an beginnende Pockenpusteln dieser Gegend erinnern und ebenfalls heftig jucken. Die Oberfläche der Zunge ist dagegen mit hirsekorn- bis erbsengrossen stark juckenden, länglichen und runden, von weisslicher Hornschicht umsäumten Erosionen besetzt. Auffallend ist endlich die erstaunliche Acuität des Falles, die es trotz der enormen Anzahl von Einzelefflorescenzen noch nirgends zu einer plattenförmigen Verschmelzung hat kommen lassen. Meine Carbol-Sublimat-Schmiercur brachte in einer Woche sämmtliche Erscheinungen zum Schwinden. Kein Arsenik. Kein Recidiv nach Jahresfrist.

Dass in diesem Falle trotz des verschiedenen Aussehens die Efflorescenzen im Munde und an der äusseren Decke gleichen Ursprungs waren, unterliegt wohl keinem Zweifel. Es kommen hier in Betracht: der gleichzeitige Beginn und gleichzeitige Schwund unter einer nur auf den Lichen gerichteten Behandlung und das bei beiden vorhandene Jucken; ferner die Unmöglichkeit, die Zungenaffection anderen bekannten Glossitisformen anzureihen. Immerhin ist diese erosive Glossitis weit entfernt von den Planusflecken der Mundschleimhaut der übrigen Beobachter.

XIII. Der zweite Fall betrifft einen 39jährigen Zahnarzt, der vor 9 Jahren von einer sehr fragwürdigen Zungenaffection befallen wurde, die mit sehr verschieden langen Intervallen 5 Jahre anhielt, um dann spontan zu verschwinden. Drei vortreffliche Praktiker hatten dieselbe für luetischen Ursprungs erklärt, obgleich weder die Anamnese noch die Untersuchung des Körpers irgend welche Anhaltspuncte hierfür gaben, ein vierter dagegen bestand mit apodiktischer Sicherheit darauf, dass dieselbe mit Syphilis nichts zu thun habe. Zu derselben Ansicht bekannte sich Reumont, als der Patient in Aachen eine Art Provocationsbadecur durchmachte, die nebenbei nicht den geringsten Einfluss auf das Leiden übte. Der beruhigte Patient heirathete darauf und der weitere Verlauf gab Denjenigen Recht, welche die Syphilis ausschliessen zu können geglaubt hatten. Im Jahre 1878 und 79 hatte ich flüchtig Gelegenheit, das Zungenübel mit zu beobachten. Es handelte sich um pfefferkorngrosse, hin und wieder auch längliche, graue Stellen, welche an der Wangenschleimhaut, hauptsächlich aber auf der Schleimhaut der Unterlippe und der Umschlagestelle des Zahnfleisches des Unterkiefers in die untere Zungenschleimhaut hier und da auftraten, mehr oder weniger tiefe Erosionen bildeten und in typischem Ablauf nach 3—4 Tagen verschwanden. Das Rauchen hatte keinen Einfluss darauf, aber die Stellen erwiesen sich dabei etwas empfindlich. Jedwede Behandlung hatte auf die ohnehin leicht heilende Affection keinen Einfluss: Recidive konnten eben nicht verhindert werden. Die Efflorescenzen hatten allerdings mit den Syphiliden des Mundes und speciell mit Raucherplaques nur eine sehr geringe Aehnlichkeit und stellten entschieden einen Typus für sich dar. Nachdem diese Mundaffection längst geschwunden, im Jahre 1883, wurde der stark mit Arbeit überhäufte und sehr nervöse Patient urplötzlich von einem Lichen ruber acuminatus befallen. Am 3. Januar stellte sich derselbe mir mit einem Ausschlage vor, der nach seiner Angabe mit absoluter Sicherheit auf eine Einreibung mit reinem Muscatbalsam zurückzuführen war. Genau in der Ausdehnung, wie der Patient sich auf eigenen Antrieb wegen eines leichten Muskelrheumatismus den Balsam an den obern und untern Extremitäten eingerieben hatte, soll das kleinpapulöse Exanthem im Anfange aufgetreten sein. Ich sah den Ausschlag erst einige Tage später, als er bereits in gleichmässiger Weise die Extremitäten und den Rumpf überzogen hatte. Trotzdem ich die Diagnose vom ersten Augenblick mit voller Bestimmtheit auf Lichen acuminatus stellen konnte, vermochte der Patient sich von der Idee eines medicamentösen Ausschlages nicht loszusagen, und nur das unerträgliche Jucken und die qualvollen Nächte vermochten ihn, meinem Wunsche zu willfahren, wenigstens Nachts die Carbol-Sublimat-Schmiercur durchzuführen, während er am Tage seine Praxis so gut es ging ausübte. Die Heilung ging auf diese Weise sichtlich, aber doch nur langsam von Statten, so dass der Patient erst Ende Januar von seinem Lichen befreit war. Da noch bis in den März hinein eine Geneigtheit zu plötzlichen Frostschauern mit intensiver Gänsehautbildung bestand, so liess ich aus Vorsicht die ganze Zeit auf den zumeist afficirten Stellen, den Schultern und Armen, ein wenig von der Salbe einreiben. Mitte März 1883 war keine Spur von Lichenresten zu bemerken, und in den verflossenen $1\frac{1}{2}$ Jahren ist das Allgemeinbefinden durch nichts wieder gestört worden.

Im Lichte dieses solennen Ausbruchs von Lichen ruber acuminatus kann die unaufgeklärte, vorhergehende Mundaffection vielleicht erklärbarer erscheinen, da sie einerseits mit den offenbar lichenösen Erosionen des Falles XII. eine gewisse Aehnlichkeit besitzt, andererseits von Crocker auf das Vorausgehen der Mundaffection bei Lichen planus Gewicht gelegt wird. Trotzdem hüte ich mich sehr, einen

[1]) Ich habe die Krankengeschichte X. um so lieber in detaillirter Form gegeben, weil sie mir Gelegenheit gab, die obengenannten Pflaster zu ersinnen und zuerst anzuwenden. Dieselben haben in dieser Wochenschrift z. Thl. zu einer bedauerlichen Polemik Veranlassung gegeben, deren Kenntnissnahme mir erst post festum zu Theil wurde. Der vorliegende Aufsatz wird wohl allen Betheiligten Gelegenheit geben, die wissenschaftliche und praktische Seite dieser Pflaster zu würdigen.

stricten Zusammenhang zwischen beiden Affectionen zu behaupten, und habe diesen Fall hauptsächlich in casuistischem Interesse erwähnt, in der Idee, dass später bei einer grösseren Kenntniss des Lichen retrospectiv eine Erklärung gefunden werden dürfte. Dieser Fall führt uns aber noch auf einen letzten Punct hin, nämlich die Aetiologie, welche bekanntlich beim Lichen wie bei den meisten Hautkrankheiten noch vollständig in Dunkel gehüllt ist. Dass die Einreibung mit Muscatbalsam einen zureichenden Grund für den Lichen darstelle, bedarf wohl nicht einer ernstlichen Widerlegung. Dieses Mittel stellt bei uns ein in der Kinderpraxis, besonders bei Darmleiden, viel gebrauchtes Haus- und Volksmittel dar; eine andere Verwendung findet es neuerdings als Desodorans des Jodoforms. Niemals hat man ein Arzneiexanthem auf seine Application folgen sehen. Andererseits ist aber der Umstand wohl werth, erwähnt zu werden, dass in der Anamnese des Lichen ruber acuminatus rheumatische Erkrankungen leichten Charakters und darauf folgende reizende, zu Schweiss führende Einreibungen der Haut eine Rolle spielen. Ich möchte in dieser Beziehung noch einen Fall meiner Praxis erwähnen:

XIV. Th. H., Kaufmann, 54 J. alt. Der Patient, der mir, als dem Hausarzt der Familie, seit vielen Jahren bekannt war, hatte sich im Januar 1883 noch ganz wohl befunden. Er hatte in früheren Jahren viel an Rheumatismus gelitten und noch im vorigen Jahre öfters über vage rheumatische Schmerzen in den Armen und Beinen sowie über periodisch wiederkehrendes Kopfweh geklagt. Im Anfange des Februar stellten sich wieder rheumatische Schmerzen ein, verbunden mit einem heftigen Katarrh. Da der Patient früher gegen die Schmerzen Ichthyolpräparate angewandt hatte, machte er sich selbst ohne ärztliche Verordnung am 4. Februar am Nacken, den Schultern und über den grössten Theil des Rumpfes eine Einreibung mit Ichthyolvaseline. Darauf erfolgte Nachts ein starker Schweissausbrauch und schon am andern Tage schossen hauptsächlich an den eingeriebenen Stellen, ausserdem aber besonders an den Hand- und Fussgelenken stark juckende, rothe Papeln auf. Der Patient hielt diese für ein bedeutungsloses Ichthyol-Exanthem, setzte nur die Einreibung aus und consultirte mich erst einige Tage später, als trotzdem der Ausschlag sich immer weiter über den Rumpf und die Extremitäten ausgebreitet hatte und unerträgliche Juckbeschwerden hervorrief. Es ergab sich jetzt bei der Untersuchung zu meinem Erstaunen das typische Bild eines Lichen ruber acuminatus. Da ich durch die Anamnese jedoch einigermaassen befangen war und es für wahrscheinlich hielt, dass die Papeln sich doch noch in Miliaria oder Eczembläschen verwandeln würden, beschloss ich noch einige Tage zu warten und verordnete eine indifferente Kühlsalbe und Puder. Als aber unter dieser exspectativen Behandlung die Ausbreitung des sich völlig gleichbleibenden Exanthems beständig zunahm und das Jucken dem Patienten Tag und Nacht keine Ruhe liess, liess ich am 12. Febr., 8 Tage nach Beginn des Lichen, alle Bedenken fahren und verordnete die gewöhnliche Sublimat-Carbol-Schmiercur. Zwei Tage darauf hatte ich die Freude, diesen eigenthümlichen Fall meinem Freunde Herrn Prof. B e r g h aus Kopenhagen vorstellen zu können, welcher, ohne sich einen Augenblick zu bedenken, die Diagnose Lichen ruber aussprach. Mit Absicht hatte ich demselben vorher von dem Krankheitsbilde nicht die geringste Andeutung gemacht. Um so mehr werth war mir das unbefangene Urtheil dieses erfahrenen Klinikers, als der Pat. fortfuhr, sein Leiden lediglich auf die sonst von ihm sehr geschätzte Ichthyoleinreibung zu beziehen. Am 16. Februar trat der Pat. zur besseren Ausführung der Cur in meine Klinik. Durch das längere, exspectative Verhalten waren die Nerven des ohnehin nicht sehr starken Mannes so erschöpft und erregt, dass ich in diesem Falle ausnahmsweise zur Mithülfe von Bromkalium und Morphium schreiten musste. Das Exanthem hatte zu dieser Zeit den ganzen Körper überzogen, mit Ausnahme des Kopfes, der inneren Handflächen und Fusssohlen. Die Schleimhäute waren bis auf einen gewöhnlichen Schnupfen und Bronchialkatarrh frei. Vier Tage und Nächte unter strenger Schmiercur verbracht, bewirkten einen völligen Umschwung aller Erscheinungen, nachdem schon am 2. Tage das Jucken erheblich abgenommen hatte. Von nun an liess ich den Patienten sich etwas ausserhalb des Bettes bewegen und statt der universellen Schmiercur bei Tage einen Carbol-Sublimat-Leim, der Bequemlichkeit halber, einpinseln. Am 23. Februar, 8 Tage nach seiner Aufnahme, konnte der Patient bereits geheilt die Anstalt verlassen. Ich habe ihn seitdem 1½ Jahre beständig als Hausarzt unter Augen gehabt, ohne das geringste Recidiv bei ihm zu erleben.

Die Ichthyolsalbe ist in diesem Falle natürlich ebensowenig die Ursache des Lichen, wie der Muscatbalsam im Falle XIII. Wenn ein Zusammenhang existirt, ist er vielmehr so zu denken, dass die sogenannten rheumatischen Schmerzen schon Prodromalsymptome des ausbrechenden Lichen waren. Frostschauer und unbestimmte ziehende Schmerzen begleiten in der That häufig den Ausbruch des Lichen. Die reizende Einreibung und speciell deren schweisstreibende Wirkung bildete nur die Gelegenheitsursache und ein die topographische Ausbreitung im Anfang bestimmendes Moment, welches durch einen Senfteig oder ähnliche Mittel ebensogut hätte ersetzt werden können. In dieser Beziehung sei daran erinnert, dass im Falle II. der Lichen an dem von Stauungseczem befallenen Unterschenkel, im Falle VI. an dem phlebectatischen Unterschenkel unter einem Gummistrumpf begann, ähnliche Vorkommnisse sind mir noch in anderen Fällen bekannt und für den Lichen planus in der Thèse von H é g u y besonders hervorgehoben. Dieser Autor führt einen Fall an, in welchem die Ausbreitung des Lichen planus geradezu dem Verlaufe der Vena saphena folgte, und mehrere andere, in welchen über Phlebectasien sich die ersten Lichenplaques entwickelten. In der XI. Krankengeschichte habe ich darauf hingewiesen, dass sich unter meinen Augen aus einer langgezogenen Kratzwunde grosse Lichenplaques entwickelten. Dass also der Lichen in seiner Ausbreitung und seinem Beginn häufig durch örtliche Hautreize bestimmt wird, darf als feststehend angenommen werden, ohne dass in *einem* der Reizmittel — und ich glaube auch nicht in der Phlebectasie als solcher — die wahre Ursache zu suchen wäre. Zu diesen örtlichen Hautreizen rechne ich auch die localen und allgemeinen Schweisse der zu Rheumatismus neigenden Personen (Fälle II., III., VIII., XIV.). Eine andere Beziehung des Lichen zum Rheumatismus scheint mir unhaltbar.

Viel eher könnte man einen Zusammenhang des Lichen mit allgemeiner, nervöser Ueberreizung und Nervenschwäche annehmen. Die Fälle VI., X., XIII. betrafen solche Personen, denen man im gewöhnlichen Leben bereits das Epitheton «hochgradig nervös» beizulegen pflegt und die während der Krankheit in hohem Grade reizbar und zugleich deprimirt waren. Hierzu kommt, dass in dem Falle III. mit jedem Ausbruch des recidivirenden Lichen eine ganz bedeutende, nervöse Aufregung einherging, die zu habitueller Schlaflosigkeit führte und den Lichen selbst noch lange überdauerte, und dass andererseits die meisten Fälle von Lichen und speciell alle Acuminatusfälle zu einer so raschen Nervendepression führen, wie wir es bei anderen universellen Dermatosen, besonders bei der Psoriasis, ja bei dem doch wenigstens ebenso stark juckenden, universellen Eczem nicht beobachten. Aus diesen Thatsachen möchte ich jedoch nur den Schluss ziehen, dass der Lichen acuminatus stets und der Lichen planus und obtusus bei grosser Ausbreitung oft eine erhebliche, allgemeine und auf die Dauer das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigende Nervenstörung veranlassen kann, und dass diese bei ohnehin nervös disponirten Individuen noch stärker hervortritt als bei anderen. Und dieser Einfluss auf das Nervensystem ist sehr erklärlich; denn bei keiner anderen Dermatose ausser der Prurigo ist das Hautmuskelsystem in einer solchen fortdauernden Erregung wie beim Lichen acuminatus; ich habe geradezu das Leiden vulgär häufig als die «rothe Gänsehaut» bezeichnet. Bekanntlich ist auch schon seit langer Zeit beim Lichen acuminatus eine Hypertrophie der Musculi obliqui cutis constatirt worden, die zweifellos durch die wiederholten Erregungen der Muskeln allmälig herbeigeführt wird.

Als die wahre Ursache kann ich das Nervensystem also nicht ansehen. Die Art des Auftretens eines Lichen acuminatus, die der peripheren Verbreitung beim Lichen planus, der Charakter der Affection als einer Parakeratose überhaupt, weisen zu deutlich auf einen äusseren, wahrscheinlich parasitären Ursprung hin, als dass man die Reizung des Nervensystems nicht als ein deuteropathisches Symptom betrachten sollte. Auch hier haben wir von einer fortgeschrittenen Methodik noch alle Aufklärung zu hoffen.

(Fortsetzung folgt.)

Beobachtungen über das Verhalten des Rotz-Pilzes im menschlichen Organismus.

Von
Dr. N. Monastyrski.

Nach einem Vortrage, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte.

Im Juli des Jahres 1883 behandelte ich im Peter-Paul-Hospital einen 18jährigen Conditorlehrling, der mir anfänglich viel Kopfzerbrechen machte, bis ich endlich, durch den Nachweis von eigenthümlichen Bacillen im Blute dieses Patienten, auf den Gedanken gebracht wurde, dass ich es in diesem Falle mit acutem Rotz zu thun habe. Der weitere Verlauf der Krankheit, sowie die nach dem Tode des Patienten von Herrn Dr. Frankenhäuser ausgeführte Section bestätigten vollends die Richtigkeit meiner Diagnose. Ich habe diesen Fall ausführlich in einem russischen Fachblatte beschrieben [1]; ein Referat dieser Arbeit befindet sich in № 19 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift vom Jahre 1884. Hier will ich nur noch anführen, dass an den Blutpräparaten, welche, selbstverständlich, bei Lebzeiten des Kranken angefertigt wurden, ausser den von Löffler und Schütz entdeckten Rotzbacillen, noch eine Menge mikrokokkusartiger Gebilde zu sehen waren. In einem kleinen Hautstückchen, welches ich bei diesem Patienten gleichfalls bei Lebzeiten ausgeschnitten hatte, und das ein entzündetes Lymphgefäss in sich enthielt, sah ich, ausser den Rotzbacillen und den mikrokokkusartigen Körnchen, noch zahlreiche sporenhaltige Fadenbildungen. Bei der postmortalen Untersuchung der Lungen, die Rotzknoten aufzuweisen hatten, fernerhin der Leber, einer Niere, sowie der Milz, constatirte ich auch in diesen Organen das Vorhandensein zahlreicher Rotzbacillen und mikrokokkenartiger Körnchen, wobei ich noch erwähnen muss, dass in der Leber, in der einen Niere (die andere war durch Schrumpfung zu Grunde gegangen), sowie in der Milz überdies noch zahlreiche Fadenformen vorhanden waren, von denen ein Theil deutliche Sporenbildungen enthielt, während wieder ein anderer Theil der Fäden ohne Sporen war. Während ich darüber nachdachte, was wohl all' diese Mikroorganismen zu bedeuten hätten, kam es mir in den Sinn, ob das nicht doch vegetative Formen eines und desselben Spaltpilzes wären, d. h. ob das nicht bloss verschiedene Entwickelungsstufen des Rotzpilzes seien? Freilich durfte ich nicht ausser Acht lassen, dass in diesem Falle, ausser dem eigentlichen Rotzpilze, sich noch irgend ein anderer Schmarotzer ganz gut in dem Körper des Kranken eingenistet haben konnte, um so mehr, als ja die meisten der zahlreichen Hautknoten bald nach ihrem Auftreten aufgebrochen waren. Ebenso musste ich ja auch berücksichtigen, dass ein Theil meiner Untersuchungsobjecte der Leiche entnommen war.

Der Zufall wollte es, dass ich im vergangenen Sommer abermals einen Rotzkranken in Behandlung bekam. Natürlich, sofort benutzte ich die Gelegenheit, um meine vorjährigen Beobachtungen zu verificiren. Die Ergebnisse dieser meiner Untersuchungen sind höchst eigenthümlicher Art und gaben mir manches zu denken. Der Fall ist kurz folgender. Am 4. August 1884 trat in die chirurgische Abtheilung des Peter-Paul-Hospitals ein gewisser Wassili Poljakow ein, seines Zeichens Hausknecht, 42 Jahre alt. Der Mann sah stark herabgekommen aus, war ungemein blass und so schwach, dass er sich kaum auf den Füssen halten konnte, Athmung erschwert, Stimme zitternd, etwas rauh, häufiger Husten. Nach langem Hin- und Herreden erfuhr ich schliesslich, dass Patient oft mit rotzkranken Pferden zu thun hatte. So z. B. wartete er im Jahre 1877 ein rotzkrankes Reitpferd eines Garde-Cavallerie-Officiers, das heimlich in einer Holzremise untergebracht war. Im Verlaufe von nahezu 3 Monaten ging Patient täglich 3 Mal in die Remise, adjustirt in einen Ledermantel und in Lederhandschuhe, fütterte und tränkte das kranke Thier und, so oft sich Borken in seinen Nasenlöchern bildeten, nahm er diese heraus und reinigte die Nasenlöcher mit Carbolwasser. Das dauerte so lange, bis endlich die Polizei von dem heimlichen Treiben Wind bekam, worauf dann das kranke Thier erschossen wurde. Im Jahre 1880 verliess Poljakow seinen Hausknechtposten, verschaffte sich 15 Stück Pferde und trieb fortan Miethkutscherei. Drei von seinen Pferden wurden rotzkrank, was ihn aber doch nicht hinderte die kranken Thiere in der Stallung zu belassen und so lange eigenhändig zu pflegen und zu curiren, bis er sich endlich überzeugt hatte, dass seine Thierarzneikunst zu nichts führe, worauf er dann die kranken Thiere an tartarische Pferdehändler verkaufte. Bis zum Jahre 1882 soll Patient vollkommen gesund gewesen sein. Zu Ostern 1882 bekam er plötzlich, ohne irgend eine ihm bekannte Veranlassung, einen heftigen Schüttelfrost, dem bald Hitzegefühl folgte, ausserdem Schmerzen in den Gliedern und im Kreuz, Durst, Appetitlosigkeit u. s. w. Nachdem er einige Tage im Bette gelegen hatte, schwanden diese Beschwerden, so dass er anscheinend ganz gesund an seine Geschäfte gehen konnte. Nun kam aber nach einiger Zeit ein zweiter solcher Fieberanfall, dem dann ein dritter, ein vierter u.s.w. folgte. Anfänglich betrugen die fieberfreien Intervalle ungefähr 3—4 Monate, wurden dann aber allmälig immer kürzer, und in der allerletzten Zeit kommen die Frostanfälle täglich, ja sogar mehrere Male des Tages. Im Anfange des Jahres 1884 hatte das Leiden Patienten bereits so stark herabgebracht, dass er Schwäche halber die Miethkutscherei aufzugeben sich gezwungen sah und abermals Hausknecht wurde. Poljakow soll sich auch an einen Arzt gewandt haben, welcher meinte, das Leiden sässe im Magen; oft soll er auch Chinin, ʒj pro dosi, genommen haben, wobei es ihm vorkam, als ob nach solchen grossen *Chinindosen* die Fieberanfälle milder gewesen wären. 2½ Wochen vor seinem Eintritt ins Hospital verspürte Patient Schmerzen in der linken Schulter und bemerkte zugleich eine Schwellung dieser Gegend. Da er nun kurz zuvor eine ziemlich schwere Wandlaterne herabzunehmen hatte, was dem Patienten nur mit grosser Mühe gelang, so glaubte er eben den Arm überangestrengt zu haben und ging daher ins Dampfbad, um sich da zurechtzureiben. Daraufhin wurde es ihm aber bedeutend schlechter, so dass er kaum den Arm bewegen konnte. Freilich wurden nach einigen Tagen die Bewegungen bedeutend besser, die Schwellung aber und die Schmerzhaftigkeit der linken Schultergegend vergingen doch nicht. Syphilis wurde negirt; Patient verheirathet, Vater dreier Kinder, Weib und Kinder gesund. Schon während der Krankheit soll es vorgekommen sein, dass sich hier und da am Körper kleine, bis erbsengrosse Knötchen bildeten. In der Regel entstand an der Spitze eines solchen Knötchens ein Bläschen, welches gewöhnlich bald platzte; das Secret vertrocknete zu einer Borke, unter welcher der Knoten mit Hinterlassung einer kleinen Narbe schwand.

Bei der Untersuchung des Kranken fand ich nun zunächst eine auffallende, derbelastische Schwellung in der Schultergegend, u. z. genau in den Grenzen des Deltamuskels. Die den genannten Muskel deckende Haut war etwas gespannt, glänzend, doch im Ganzen blass und nur entsprechend der Clavicularportion des Deltamuskels sah man in ihr sechs rundliche, nicht scharf begrenzte, rothe Flecke von der Grösse eines 10—15 Kopekenstückes. Im Centrum zweier von diesen Flecken sah man je ein kleines, kaum sichtbares, gelbes Pünctchen. Entsprechend den eben beschriebenen Flecken konnte man in den tieferen Schichten der Haut ziemlich derbe Knoten durchpalpiren und hier war auch der Druck bedeutend schmerzhafter, als an allen anderen Puncten der diffusen Schwellung. Ich muss aber ausdrücklich bemerken, dass, mit Ausnahme der erwähnten Flecke, die allgemeine Decke der Deltagegend sonst nirgends weder

[1]) Къ морфологіи шизомицета сапа (Bacterium mallei). Еженедѣльная клиническая газета. 1883. №№ 28—30.

Röthung, noch entzündliche Infiltration, Oedem, oder dergleichen zeigte. Die activen Bewegungen waren im linken Schultergelenk beinahe in normalen Excursionsgrenzen möglich, u. z. war die Bewegung sowohl nach vorne, als auch nach rückwärts vollständig normal und die Abduction geschah beinahe bis zur horizontalen Elevation, letztere jedoch nicht ohne eine gewisse Anstrengung und Schmerzhaftigkeit. In den Lungen katarrhalisches Rasseln, Leber und Milz vergrössert, bei Druck nicht schmerzhaft. Am Stamme sowohl, als auch an den Extremitäten hier und da kleine, flache, blasse Narben, von der Grösse einer Flitter bis zu der eines silbernen 5 Kopekenstückes. Im Gesichte waren weder Flecke noch Knoten zu sehen; kein Ausfluss aus der Nase, die Schleimhaut der Mundrachenhöhle nur ausserordentlich blass. Um zu erfahren, was das für Knoten seien, die in der Haut der linken Schultergegend entsprechend den rothen Flecken durchzutasten waren, beschloss ich einen Einschnitt zu machen und liess zu diesem Zwecke den Kranken chloroformiren. Den Schnitt machte ich ungefähr 5—6 Ctm. lang, parallel der Längsachse des Gliedes, zuerst nur durch die Dicke der Haut bis auf dasjenige Fascienblatt, welches die äussere Fläche des Deltamuskels bedeckt, und zwar so, dass der Schnitt mitten durch zwei der rothen Flecke hindurchging. Die durchgetasteten Knoten erwiesen sich als kleine, im subcutanen Bindegewebe gelagerte, mit dickem, gelbgraulichem Eiter gefüllte Höhlen, von denen die eine die Grösse einer kleinen Haselnuss hatte, während die andere erbsengross war. Ich vertiefte nun den Schnitt durch die Fascie hindurch bis in die Substanz des Deltamuskels hinein und überzeugte mich, dass der Muskel auch von zahllosen, stecknadelkopf-, hanfkorn- bis erbsengrossen Abscesschen durchsetzt war. Ein zweiter Schnitt, den ich, parallel dem ersten und um zwei Querfinger mehr nach aussen, direct bis in den Deltamuskel hineinführte, lieferte ganz dasselbe Resultat; auch hier gab es nämlich eine Menge kleiner, in die Substanz des Deltoides *eingebetteter* Eiterherde. Die Anamnese sowohl als auch die durch die Untersuchung gewonnenen Anhaltepuncte bestärkten mich in der Meinung, dass ich es hier mit der Rotzkrankheit zu thun habe, u. z. mit der chronischen Form derselben, die, wie es vorkommt, schliesslich acut wurde. Zur endgültigen Bekräftigung meiner Diagnose bedurfte es nur noch des Nachweises von Rotzbacillen im Blute des Kranken. Da ich aber die nothwendigen Utensilien nicht gerade bei mir hatte, so musste die Anfertigung von Blutpräparaten auf ein anderes Mal verschoben werden. Bis zum 7. August war in dem Befinden des Kranken keine besondere Veränderung eingetreten, nur fieberte Patient stark, die Temperatur war am Morgen sowohl, als auch am Abend immer über 39° C. Am 7. August reinigte ich den rechten Zeigefinger des Kranken zunächst mit Wasser, Seife und Bürste, wischte ihn sodann ordentlich mittelst eines mit Aether getränkten Wattebausches ab, desinficirte mit 1‰ Sublimatlösung und gewann aus dem so behandelten Finger durch Einstich mit einer vorher gründlich gereinigten Nadel einen kleinen Tropfen Blut, den ich zur Anfertigung von 6 Trockenpräparaten benutzte. Daraufhin besah ich mir nochmals den ganzen Körper des Patienten so genau als möglich, wobei ich auf zwei kleine Geschwülste stiess, deren Existenz mir früher entgangen war. Die eine Geschwulst war ovoid, deutlich fluctuirend, in ihren Durchmessern ungefähr 4 Ctm. und 2—2½ Ctm. haltend und sass an der Beugeseite des rechten Vorderarms, drei Querfinger unterhalb des inneren Humeruscondylus; die sie bedeckende Haut konnte anstandslos in eine Falte gehoben werden und war auch sonst von ganz normalem Aussehen, nur dass in ihr entsprechend dem oberen Pole der Geschwulst eine kleine bis linsengrosse, flache, alte Narbe zu sehen war. Die zweite Geschwulst hatte die Grösse einer Haselnuss, fühlte sich ziemlich derb an und sass in der rechten Wade; in der sie deckenden Haut sah man ein zierliches, dichtes Netz erweiterter Gefässe und eine bis linsengrosse, flache, alte Narbe. Patient gab auf Befragen an, dass diese beiden Geschwülste bei ihm gleichzeitig mit der Schwellung der linken Schultergegend aufgetreten, anfänglich grösser und viel schmerzhafter gewesen, später aber bedeutend kleiner und weniger schmerzhaft geworden seien. Beim Aufschneiden kam dicker, braungrauer Eiter heraus, aus dem ich sofort einige Präparate anfertigte. Die nähere Besichtigung ergab, dass jede der beiden Eiterhöhlen mit einer bis 2 Mm. dicken, leicht zerreisslichen, sogenannten pyogenen Membran ausgekleidet, und dass am Vorderarm die Abscesshöhle in der Substanz der Beugermuskulatur eingebettet war, während die am Unterschenkel in der Substanz des Soleus sass. Die Schwellung in der linken Schultergegend hatte nach den gemachten Einschnitten sichtlich abgenommen, es sahen aber die Schnittwunden nicht ganz rein aus und secernirten verhältnissmässig wenig. Ich muss noch ausdrücklich bemerken, dass an diesem Tage im Gesichte des Kranken durchaus nichts abnormes zu sehen war. Aber über Nacht entstanden an der Stirne drei rothe, rundliche Flecke, die mir bei der Morgenvisite sofort auffielen. Diese Flecke sassen gerade längs der Haargrenze, der eine, etwa kleinfingernagelgross, rechts von der Medianlinie der Stirn, die zwei anderen an der linken Stirnhälfte, wobei der äusserste von ihnen die Grösse einer 20 Kopekenmünze hatte, während der mittlere linsengross war. Die intensive Röthe hatte im Centrum jedes dieser drei Flecke einen leicht bläulichen Teint, die Haut entsprechend den Flecken leicht geschwellt, etwas über das allgemeine Niveau erhaben und bei Druck schmerzhaft. Diese Flecke vergrösserten sich nun ziemlich rasch, ihre centralen Partien wurden dunkelblau und aus den sie umgebenden, peripheren, hochrothen Säumen sah man rothe, lymphangoitische Streifen austreten, welche strahlenförmig sich nach allen Richtungen hinschlängelten. Endlich confluirte alles zu einem einzigen, dunkelblau gefärbten, grossen Flecke, der ringsherum von einem breiten, hochrothen Hofe umgeben war. An den dunkelblauen Partien erhob sich die Epidermis zu Blasen, welche ebenfalls bald confluirten und einen leicht blutig tingirten, serösen Inhalt bargen, während die periphere Röthe sich allmälig auf die Nase, auf die Lider des linken Auges und auf die linke Wange ausbreitete, wobei alle diese Theile ziemlich stark anschwollen. Mit dem Erscheinen der Flecke auf der Stirne trat eine sehr auffallende Veränderung im Allgemeinbefinden auf. Er wurde unruhig, delirirte, verlor bald das Bewusstsein und verfiel in einen soporösen Zustand, aus dem er nicht mehr zu sich kam. Am 11. August bereitete ich mir noch einige Trockenpräparate, und zwar sowohl aus Blut, als auch aus dem Inhalt jener Blasen, die sich unterdessen auf der Stirne gebildet hatten. Am 13. August starb der Kranke. Bei der Section überzeugte ich mich, dass wirklich der ganze M. deltoideus durch und durch von zahllosen, kleinen Eiterherden durchsetzt war; nur muss ich bemerken, dass sich die Affection bloss auf den Deltamuskel allein beschränkte und dass in den ihm benachbarten Muskeln nirgends derartige Eiterherde zu sehen waren. An den dunkelgefärbten Partien der Stirnhaut war es zu oberflächlicher Necrose gekommen, während in den tieferen Schichten zahlreiche, kleine, zum Theil unter einander confluirende Eiterherde vorhanden waren, die bis an das Periost reichten, welches übrigens auch von Eiter durchtränkt war. Machte man einen Schnitt durch die Haut in der unmittelbaren Umgebung des dunklen Fleckes, so traten bei Druck aus den durchschnittenen entzündeten Lymphgefässen dicke Eitertropfen wurmförmig hervor; ganz dasselbe sah man auch auf Durchschnitten der die Nase und die linke Wange bedeckenden Haut. Ausserdem entdeckte ich noch einen haselnussgrossen Abscess tief in der Substanz der linken Wadenmuskulatur, sowie Rotzknoten in beiden Lungen. Herzmuskulatur so morsch, dass sie bei leichtem Drucke

zwischen den Fingern wie Butter zerging, Leber und Nieren auffallend parenchymatös verändert, Milz stark vergrössert, zerfliessend.

Die Trockenpräparate, die ich mir aus Blut, aus Eiter und aus dem Inhalte der Stirnblasen angefertigt hatte, wurden mit Methylenblau tingirt und sodann mit Hilfe eines Dr. Hartnack'schen Instrumentes, mit dem Oclimmersionssystem № I, Ocular № 3 und bei offenem Condensor, genau durchmustert. An allen diesen Präparaten sieht man, ausser zahlreichen Löffler-Schütz'schen Bacillen, noch eine Menge kleiner, mikrokokkusartiger Gebilde. An den am 7. August hergestellten Blutpräparaten sind übrigens, ausser den Rotzbacillen und den mikrokokkusartigen Körnchen, auch noch recht zahlreiche Fäden überall vorhanden. Diese Fäden haben genau dieselben Dickendimensionen wie die Bacillen, sie sind auch gerade so wie diese gefärbt, enthalten keine Sporen und sind anscheinend ohne jegliche Segmentirung. Die Menge all' dieser Körnchen, Stäbchen und Fäden ist an allen 6 Präparaten eine verhältnissmässig colossale. Ich gestehe, dass mir bis jetzt an Blutpräparaten niemals so grosse Mengen von Mikroorganismen vorgekommen sind, wie hier in diesem Falle, obwohl ich in den letzten zwei Jahren recht fleissig nach Mikroorganismen im Blute bei verschiedenen Krankheitszuständen fahndete. Doch darf ich nicht unerwähnt lassen, dass an den am 11. August angefertigten Blutpräparaten die Fadenbildungen durchweg fehlen, während die Stäbchen und die mikrokokkusartigen Körnchen anch an ihnen recht zahlreich vertreten sind.

Bis jetzt hat, so weit mir bekannt, noch Niemand die Entwickelungsgeschichte des Rotzpilzes genau beschrieben. In der mir zugänglichen Literatur habe ich wenigstens nichts derartiges auffinden können. In der bekannten vorläufigen Mittheilung von Struck heisst es, dass es Löfler und Schütz gelungen ist in dem Blute von rotzkranken Thieren das stete Vorhandensein einer eigenthümlichen Bacillenart zu constatiren, und dass das Ueberimpfen von Reinculturen dieser Bacillen auf gesunde Thiere sofort auch diese rotzkrank mache. In welcher Weise aber die Entwickelung des Rotzpilzes überhaupt vor sich geht, darüber kann man sich aus Struck's Mittheilung keine rechte Vorstellung machen. Ich habe endlich auch die bis jetzt veröffentlichten Mittheilungen des Deutschen Reichsgesundheitsamtes genau studirt, finde aber auch in ihnen gar keine Aufklärung gerade dieser Frage, die mich so sehr interessirt. Und so muss ich denn wieder und wieder fragen: was bedeuten all' die Körnchen, Stäbchen und Fäden, die ich in den Blutproben meines Patienten so zahlreich vertreten finde? Sollte es wieder der Fall sein, dass in dem Körper auch dieses Patienten neben dem eigentlichen Rotzpilze noch andere Spaltpilzarten zur Entwickelung und so in den Blutkreislauf gelangten? Ein um's andere Mal durchmustere ich meine Präparate und sehe, dass Bacillen und Fäden überall gleich dick sind, ich vergleiche die optischen Eigenschaften der Körnchen, Stäbchen und Fäden unter einander und finde gar keine Unterschiede, ich überzeuge mich endlich, dass alle diese Gebilde sich gleich intensiv im Methylenblau gefärbt haben. In den Fäden selbst ist keine Spur irgend einer Segmentation zu eruiren, dafür aber ist wieder recht deutlich zu sehen, dass sie bei weitem nicht gleiche Länge haben, und zwar sind einzelne Fäden verhältnissmässig sehr lang, andere dagegen bedeutend kürzer, wobei die Verkürzung augenscheinlich nur durch Fragmentation geschehen konnte. Nun ist aber diese Fragmentation eine höchst eigenthümliche. Da sieht man z. B. einen ziemlich langen Faden, dessen eines Ende sich in eine Kette von ganz gleich langen Stäbchen fragmentirt hat, dort wieder einen anderen ebensolchen Faden, der gleichfalls an einem Ende fragmentirt erscheint, dessen Fragmente aber nicht mehr Stäbchen, sondern mikrokokkenartige Körnchen darstellen, welche in der Verlängerung des Fadens rosenkranzartig gereiht dastehen; endlich sei noch bemerkt, dass es auch Fäden giebt, bei deren Fragmentation sowohl Stäbchen, als auch mikrokokkusartige Körnchen entstanden sind. Nebenbei habe ich noch an einem der 6 Blutpräparate einen Faden zu Gesicht bekommen, der, obwohl er ebenso dick war wie alle anderen Fäden, doch keinen Farbstoff aufgenommen hatte; dieser Faden war blass, trotzdem deutlich contourirt, und enthielt schwachgefärbte, in regelmässigen Abständen situirte Körnchen. Ich kann es mir ganz gut vorstellen, dass eine solche Fragmentation, wie ich sie eben geschildert habe, während der Anfertigung der Blutpräparate zu Stande kommen konnte, und zwar in dem Momente, als die durch Capillarattraction fest aneinander haftenden Deckgläschen auseinandergezogen wurden. Höchst auffallend bleibt aber immerhin die Regelmässigkeit der Fragmente. Oder sollte es wirklich nur ein Spiel des blinden Zufalls sein, dass diese Fadenfragmente den nebenan zerstreut daliegenden mikrokokkusartigen Körnchen und den Rotzbacillen so täuschend ähnlich sehen? Möglich ist es ja schon, dass auch die im Blute kreisenden Fäden ganz ebenso fragmentirt werden, vielleicht unter Anderem auch darum, weil eben eine solche Fragmentation mit zu den biologischen Eigenschaften des Pilzes gehört. Dem entgegen könnte freilich die Frage aufgeworfen werden, warum denn an den Präparaten vom 11. August keine Fadenbildungen zu sehen waren? Meiner Ansicht nach wäre es ganz gut denkbar, dass die Ursache hievon in gewissen Veränderungen jener Bedingungen zu suchen wäre, unter denen der Pilz sich zu entwickeln hatte. So z. B. darf nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass am 7. August mein Patient noch vollständig bei Bewusstsein war; er fieberte zwar recht stark, doch waren noch keine bedrohenden Collapserscheinungen aufgetreten. Ganz anders waren die Verhältnisse am 11. August. An diesem Tage lag der Kranke bereits in Agone, war soporös, sein Puls kaum zu fühlen, die Temperatur subnormal. Dass aber so bedeutende Aenderungen im Befinden des Kranken doch gewiss irgend einen Einfluss auf die Entwickelung eines Spaltpilzes haben könnten, das dürfte wohl möglich sein. Ich muss es lebhaft bedauern, dass ich nicht in der Lage bin selbst Reinculturen anzustellen. Wie mir von befreundeter Seite mitgetheilt wird, soll Löffler mündlich sich geäussert haben, dass bei Reinzüchtungen des Rotzcontagiums stets nur Bacillen erhalten werden. Die neueren Cultivirungsmethoden der pathogenen Pilze zähle ich unbedingt zu den schönsten Errungenschaften unserer Wissenschaft und beuge hochachtungsvoll mein Haupt vor R. Koch, ihrem genialen Erfinder! Man wird mir aber wohl zugestehen, dass die Verhältnisse einer noch so künstlich arrangirten Züchtung irgend eines pathogenen Pilzes unmöglich vollkommen gleichgestellt werden können mit jenen Verhältnissen, die derselbe Spaltpilz bei seiner eventuellen Entwickelung im lebenden menschlichen Organismus findet. Wird aber irgend ein Unterschied hier zugegeben, so kann unter solchen Umständen auch die Möglichkeit einer etwas differenten Entwickelungsweise des betreffenden Spaltpilzes im lebenden menschlichen Organismus nicht ohne Weiteres von der Hand gewiesen werden. Von diesem Standpuncte ausgehend frage ich, ob die von mir an den Blutpräparaten meines Patienten beobachteten Körnchen, Stäbchen und Fäden nicht doch vielleicht genetisch zusammengehören, d. h. ob sie nicht verschiedene Entwickelungsstufen des Rotzpilzes sind?

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass ich die Mangelhaftigkeit meiner Untersuchungen gerne zugestehe und daher von competenter Seite die endgültige Entscheidung der von mir hier aufgeworfenen Frage abwarten will.

Referate.

Th. v. Schröder (Petersburg): Ueber bleibende Folgeerscheinungen des Flimmerscotoms. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. October 1884).

Verfasser beschreibt einen der seltenen Fälle von Flimmerscotom,

der zu bleibenden Cerebralerscheinungen (Hemianopsie, Hemiparese und Hemianästhesie) führte. Bis vor wenigen Jahren noch galten die das Flimmerscotom (Scotoma scintillans hemianopicum, Amaurosis partialis fugax, Migraine ophthalmique) begleitenden Gehirnerscheinungen für nur vorübergehende, und hat erst Charcot vor einigen Jahren darauf hingewiesen, dass die Cerebralerscheinungen des Flimmerscotoms, des von ihm als «Migraine ophthalmique accompagnée» bezeichneten Zustandes bleibende sein können.

Der vom Verfasser beobachtete Fall ist kurz folgender. Patient 30 Jahre alt, leidet seit 10 Jahren an Flimmerscotom mit nachfolgender Migräne. Die Anfälle traten mehr oder weniger unregelmässig auf, meist zwei Mal im Monat — selten an zwei auf einander folgenden Tagen. Das Flimmern begann meist von der linken Seite, breitete sich über das Gesicht aus, worauf dann gewöhnlich starke Migräne mit Uebligkeit und Erbrechen folgte. Auch trat zuweilen nach dem Anfall Vertaubung der linken Hand und des linken Beines ein — zwei Mal verlor Patient im Anfall das Bewusstsein und fühlte sich dann mehrere Tage recht unwohl. — Der letzte und stärkste Anfall fand am 29. December 1883 statt, am 17. und 18. December waren starke Anfälle vorausgegangen. Patient verlor sein Bewusstsein für zwei Tage, als dieses wiederkehrte konnte Patient sich nur mühsam erheben, erst nach 5—6 Tagen konnte er sich wieder freier bewegen. Es blieb eine Schwäche und Vertaubung der linken Hand und des linken Beines zurück, eine Woche lang bestanden noch heftige Kopfschmerzen und bemerkte Patient eine Behinderung beim Sehen nach links.

Verfasser sah Patienten am 13. April und constatirte Folgendes: Gang sicher, Vertaubung der linken Körperhälfte besteht fort, und liess sich linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie deutlich nachweisen. Die Untersuchung der Augen ergab: centrale Sehschärfe L. normal, R. wegen Maculae corneae stark herabgesetzt ($^1/_{10}$). Das Gesichtsfeld zeigt beiderseits einen fast genau symmetrischen linkseitigen Defect. Das G. F. für Farben ist für blau, roth und grün concentrisch mit entsprechendem Ausfall nach links eingeengt — central Farbenperception gut. Der ophthalmoskopische Befund bis auf eine ziemlich starke Füllung der retinalen Venen bei engen Arterien negativ. Bis zum 21. Juli liess sich Patient nicht wieder sehen. Nach längerem Gebrauch von Jod und Bromkali hat sich sein Zustand nicht gebessert, das Sehvermögen soll sich verschlimmert haben. Anfälle von Flimmerscotom waren wiederholt aufgetreten, die den Anfällen folgende Migräne soll abwechselnd bald die linke bald die rechte Kopfhälfte betroffen haben. Gedächtniss noch recht gut. Sprache normal; Geruch und Geschmack nicht alterirt, Gehör links stark herabgesetzt. Das centrale Sehen ist unverändert, G. F. allseitig leicht eingeengt, der starke linksseitige Defect besteht fast unverändert fort. Ophthalmoskopischer Befund wie oben.

Aus der mitgetheilten Krankengeschichte geht zur Genüge hervor, dass das Flimmerscotom als ein in prognostischer Beziehung mindestens dubiöses Leiden aufgefasst werden muss.

Bei der Besprechung des Wesens des Flimmerscotoms neigt sich Verfasser zu der Anschauung derer hin die eine sympathicotonische und eine angioparalytische Form des Flimmerscotoms unterscheiden und stützt seine Stellung zu der Frage durch die Mittheilung eines zweiten von Dr. Magawly beobachteten Falles von Flimmerscotom.

Patient 27 Jahre alt, leidet seit seinem 14. Lebensjahre an Flimmerscotom. Beim Anfall trat stets hochgradige Blässe des Gesichts ein — ohne cerebrale Begleiterscheinungen. Am 20. August 1882 hatte Patient wieder einen Anfall, wobei jedoch das Gesicht nicht blass, sondern roth wurde und die Temporalarterie der rechten Seite stark pulsirte. Nachdem der Anfall abgeklungen bemerkte der Pat. einen centralen Defect des Gesichtsfeldes am rechten Auge, der erst nach zwei Stunden verschwand.

Am 2. September 1882 hatte Patient wieder einen Anfall, wobei das Gesicht sich stark röthete, die rechte Temporalis stark pulsirte und der von heftigem halbseitigem Kopfschmerz gefolgt war. Bald darauf bemerkte Patient, dass er mit dem rechten Auge central gar nichts, peripher nur sehr undeutlich sehe. Die von Dr. Magawly vorgenommene Untersuchung ergab: Patient anämisch, leidet an habitueller Verstopfung, das Gesicht leicht geröthet, angeblich erst seit den beiden letzten Anfällen. L. Auge: Emmetropie. V=1. G. F. intact — ophthalmoskopischer Befund normal. R. Auge. Nur nach oben und nach unten werden Finger in $\frac{1}{2}$ Meter erkannt. Das Ophthalmoskop zeigt eine über den ganzen Augenhintergrund hinziehende, gerade die Mitte der Retina einnehmende, die Macula lutea und die Papille einbeziehende horizontale Netzhautabhebung. Unter Druckverband, Rückenlage und Pilocarpin 0,01—0,02 alle 2 Tage besserte sich das Auge bald. Nach 10 Injectionen war die Netzhautabhebung vollständig geschwunden, das Sehvermögen besserte sich von der Peripherie her nur allmälig. Im December 1882 war das Sehvermögen bis auf ein minimales centrales Scotom wieder normal geworden.

Dieser höchst seltene Fall spricht für die Berechtigung einer Unterscheidung einer sympathicotonischen und einer angioparalytischen Form des Flimmerscotoms. Die mit den früheren Anfällen einhergehende Blässe des Gesichts liesse auf Gefässkrampf mit Gehirnanämie schliessen, die Röthe des Gesichts und das Pulsiren der rechten Temporalis während der beiden letzten Anfälle deutet direct auf Gefässparalyse. Auch lässt sich die höchst eigenthümliche Abhebung der Netzhaut recht gut durch eine plötzliche Erweiterung der Netzhautgefässe, in keinem Falle aber durch Gefässkrampf erklären.

Verfasser glaubt beschriebenen Fall für die Anschauung verwerthen zu können, dass, da beide Formen des Flimmerscotoms an ein und demselben Individuum vorkommen, die eine sich direct aus der anderen entwickeln könne.

L.

Wischnewski: Spulwürmer als Ursache von Tetanus und Trismus, Chorea minor und Darmperforation.

(«Wratsch» № 29, 1884.)

W. beschreibt 3 interessante Fälle von Helminthiasis, welche von schweren Symptomen seitens des Nervensystems begleitet waren. Obige Fälle beobachtete er im Ssaposchkow'schen städtischen Landschaftshospital. Im ersten Falle handelte es sich um einen 14 jährigen Knaben, der am 2. Mai 1882 mit einem Tetanus und Trismus (nur die Muskeln des Vorderarms und der Hand blieben von Krämpfen frei) in's Hospital aufgenommen wurde. Anamnese dunkel. Aeussere Verletzungen nicht nachweisbar. Chloralhydrat und Kalium bromatum ohne Erfolg gegeben. An den beiden ersten Tagen wurde constatirt, dass die Muskelkrämpfe bei nüchternem Magen stärker waren und dass nach Aufnahme der Nahrung die Pupillendilation nachliess. Auf Grund des letzteren Symptoms wurde Helminthiasis angenommen und der Pat. erhielt 3 Dosen Santonin, zu je 3 Gran, am 3. Tage nach seiner Aufnahme. Am folgenden Tage erhielt er Ol. ric., worauf 25 lange Spulwürmer entleert wurden, Trismus und Tetanus nachliessen, so dass der Pat. den Mund öffnen und sitzen konnte. Am 5. Tage wurde nochmals dieselbe Dosis Santonin gegeben, worauf am nächsten Tage noch 6 Spulwürmer abgingen, und noch an demselben Tage verliess der Pat. als vollkommen geheilt das Hospital.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 20jährige höchst anämische Bäuerin (mit Geräuschen am Herzen), die am 12. März 1882 mit Chorea minor in's Hospital aufgenommen wurde. Die Rumpfmuskeln betheiligten sich auch an den Krämpfen, so dass die Pat. auf der Diele liegen musste, da sie sonst beständig vom Bette herunterfiel. Patientin, die früher an Gelenkrheumatismus und zuweilen an Kopfschmerzen (gegen letztere wurde sie vor ihrem Eintritt in's Hospital mit Solut. arsen. Fowl. und mit grossen Dosen von Kalium bromat. behandelt) litt, gab an, seit ungefähr 14 Tagen an Krämpfen, Schlaflosigkeit und allgemeiner Schwäche zu leiden. Objectiv wurde, ausser obenerwähnten Herzgeräuschen, nichts Abnormes constatirt. Im Hospital erhielt die Pat. am ersten Tage nur gute Kost und sonst keine medicamentöse Behandlung. Am folgenden Tage erhielt sie bis 10 Uhr Morgens keine Nahrung; die Krämpfe wurden stärker und die Pupillen erweiterten sich. Da in den Fäces Eier von Spulwürmern constatirt wurden, so erhielt die Pat. 9 Gran Santonin. Am 3. Tage nach Darreichung eines Abführmittels, gingen 10 Spulwürmer ab. Noch an demselben Tage hörten die Krämpfe der Rumpfmuskeln ganz auf und die der Gesichts- und der Extremitätenmuskeln wurden schwächer. Am 4. Tage nach Darreichung von 9 Gran Santonin gingen noch 6 Spulwürmer ab. Ungefähr nach 3 Wochen verliess die Pat. ganz gesund das Hospital (die Herzgeräusche auch verschwunden).

Im 3. Falle handelte es sich um einen 27jährigen Mann, der am 22. November 1883 mit einer Peritonitis in's Hospital aufgenommen wurde. Bis zum 21. Nov. fühlte sich der Pat. ganz wohl, nur hatte er zeitweilig Schmerzen im Magen und Darm, die nach Nahrungsaufnahme nachliessen. Im Hospital wurde Blut in den Stühlen constatirt. Exitus letalis am 25. Nov. Bei der Section fand man auf dem Omentum majus 3 Spulwürmer, von denen einer das Omentum an 2 Stellen perforirt hatte, so, dass sein Kopf- und Schwanzende auf der vorderen Fläche desselben lagen; die beiden anderen Spulwürmer lagen auf dem Omentum. Ausser diesen wurden in der Bauchhöhle noch 4 Spulwürmer constatirt. An verschiedenen Stellen des Darmes wurden 3 spaltförmige Oeffnungen constatirt, durch welche die Sonde ganz frei in's Lumen derselben eindrang. Um die Oeffnungen herum nur eine unbedeutende Reaction. Auf der Schleimhaut des Darmes fand man weder Geschwüre, noch einen katarrhalischen Zustand, wohl aber fand man im Darmcanal 14 Spulwürmer und ausserdem noch 2 im Magen. Bemerkenswerth ist es, dass der Pat. kurz vor seinem Tode über Bewegungen eines fremden Körpers in der Gegend des Colon transversum klagte, und bei der Section fand man gerade an dieser Stelle einen Spulwurm, der das Omentum perforirt hatte und mit seinem Kopfende an dessen vorderer Fläche zum Vorschein kam. In beiden ersten Fällen wurden die Krämpfe reflectorisch vom Darme aus angeregt; für deren Abhängigkeit von den Helminthen spricht auch die günstige Wirkung des Anthelminthicum. Im 3. Falle haben die Spulwürmer durch bohrende Bewegungen ihres Kopfes die Darmwandungen perforirt und auf diese Weise eine Peritonitis perforativa hervorgerufen. Von einer Perforation in Folge eines ulcerösen Processes kann gar nicht die Rede sein, da die Darmschleimhaut, wie wir gesehen haben, ganz intact war. Früher spielten die Helminthen eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Nervenkrankheiten. Später wurde jeder Zusammenhang zwischen Helminthiasis und verschiedenen Neurosen in Abrede gestellt. Desgleichen wurde auch die Fähigkeit der Spulwürmer, die Darmwandungen zu perforiren, bezweifelt. Nichtsdestoweniger nahmen einige Forscher, wie z. B. Leuckart, Niemeyer und Gerhardt, die letztere unter

Umständen an. Obiger Fall scheint diese Annahme zu bestätigen. In letzter Zeit wurden mehrere ähnliche Fälle beobachtet.
N. E.

G. Romm: Experimentell-pharmakologische Untersuchungen über das Evonymin. (Dorpater Inaugural-Dissertat. 1884).

Verf. hat im pharmakologischen Institut des Prof. H. Meyer aus der Rinde von Evonymus atropurpurea ein krystallinisches Glycosid, das Evonymin, dargestellt und die physiologischen Wirkungen desselben an Fröschen und Katzen geprüft. Das Evonymin ruft bei Fröschen die charakteristische Digitalinwirkung hervor und verursacht bei Katzen Herabsetzung der Pulsfrequenz, Verstärkung der Herzaction und Steigerung des Blutdruckes; seine Wirkung ist also auch hier identisch mit der des Digitalin. Es eignet sich zur subcutanen Application, da es weder Schwellung noch Entzündung an der Applicationsstelle verursacht und dürfte daher vielleicht ein erwünschtes Ersatzmittel für die Digitalispräparate abgeben. — Eine sehr interessante, noch näher zu erforschende Eigenschaft des Evonymin besteht darin, dass dasselbe, namentlich nach Einverleibung einer grössern Einzeldosis per os eine sehr langdauernde Beeinflussung der Herzthätigkeit ausübt. Bei einer Katze z. B. welcher auf ein Mal 8 Milligr. und 2 Tage darauf eine Dosis von 15 Milligr. Evonymin durch die Schlundsonde einverleibt wurde, dauerte die Herabsetzung der Herzthätigkeit von 140 auf 96 bis 110 Schläge in der Minute 19 Tage nach Verabreichung des Giftes an. Leider hat Verf., da die Menge des ihm zu Gebote stehenden Glycosids dazu nicht ausreichte, keine Versuche an Menschen gemacht und die therapeutische Dosirung nicht bestimmt.
D—o.

S. Jerzykowski: Baumwollenwurzel (Radix gossypii herbacei) als Ersatzmittel für das Mutterkorn. (Gaz. lek. № 30).

Wilhoeft aus New-Orleans theilte vor Kurzem mit, dass im Süden der Vereinigten Staaten die Baumwollenwurzel von den Einheimischen als Abortivmittel gebraucht wird. Prochownik hat diese Wurzel *(Cortex radicis gossyp. herb.)* zuerst in der Geburtshülfe und in der gynäkologischen Praxis angewandt und ihre wehenerregende und emmenagoge Wirkung bestätigt. Sogar bei uterinen Fibromyomen war die Anwendung von gutem Erfolge (Centralblatt f. Gynäkologie № 5. 1884). J. theilt mit, dass er dieselbe Wurzel bei Menstruationsstörungen anwendete, wobei der Erfolg in zwei Fällen von Amenorrhoea, in drei Fällen von Menstruationsverhaltung und in einem Falle (?) von vicariirender Menstruation sehr gut war. Auch in der geburtshülflichen Praxis wurde vom Verfasser die wehenerregende Wirkung bestätigt. Das Mittel wird in Form von Infus (℥ji—℥s auf ℥VI) oder von flüssigem Extract gebraucht. Extract soll zwei Mal schwächer als Infus wirken, so dass man beim Extract eine doppelte Dose braucht: ʒV—ʒj auf ℥VI, ede halbe Stunde einen Esslöffel voll.
Ziemacki.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Schoppe: Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge. Tübingen 1884. Verlag der Laupp'schen Buchhandlung.

Vf. giebt zunächst eine übersichtliche Schilderung der chemischen Unterschiede, wie sie zwischen Frauen- und Kuhmilch, namentlich in Bezug auf das Caseïn, existiren, um sodann in einer fleissigen physiologischen Skizze das Verdauungsvermögen des Säuglingsmagens gegenüber dem späteren Lebensalter ins rechte Licht zu setzen. Im Hinblick auf die so gewonnenen Gesichtspuncte lässt er nun die immer reichlicher namentlich in letzter Zeit empfohlenen Surrogate der Muttermilch Revue passiren, ohne einem derselben, mit Ausnahme vielleicht der Pfeiffer'schen peptonisirten Milch, einen wesentlichen Vorzug zu zuerkennen. Am meisten allen theoretischen Anforderungen genügend findet er das Biedert'sche Rahmgemenge; dass es auch in praktischer Hinsicht gegenüber anderen künstlichen Nahrungsmitteln für das erste Trimester des Säuglingsalters am besten seinen Zweck erreicht, zeigen seine eigenen Wägungen, ausgeführt an 26 Kindern.

In der That übertreffen seine Resultate in Bezug auf die Gewichtszunahme künstlich ernährter Säuglinge die Russow'schen und Camerer'schen Zahlen.

Das Buch ist gut ausgestattet und kostet 1 Mk. 60 Pf. —s.

E. Hertzka: Die Zuckerharnruhr. Mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkranke. Hans Feller. Karlsbad und Nizza. 1884.

In diesem Werkchen finden wir eine kurze aber recht genaue Monographie des Diabetes mellitus. Gleich auf den ersten Seiten erklärt Verf., dass er die Prognose für diese Krankheit nicht so traurig stelle, wie es für gewöhnlich angenommen wird und beweist uns seinen Standpunct aus den kurzen Notizen, die er sich von 86 von ihm behandelten Kranken. gemacht hat. Allerdings leiden diese kurzen Krankengeschichten an dem Fehler, dass die Pat. verhältnissmässig eine nur zu kurze Zeit in Beobachtung waren, was wir dem Verf. durchaus nicht zum Vorwurf machen wollen, da dieser Fehler nun einmal dem Material, das in Curorten gesammelt wird, anhaftet. In dem Capitel «Geschichte und Wesen des Diabetes» wird aller einigermaassen hervorragenden Theorien gedacht, nur wäre eine kritische Beleuchtung derselben erwünscht und ebenso wäre es ganz interessant zu erfahren, welche Theorie eigentlich Verfasser für die wahrscheinlichste hält. In dem Capitel «Zuckerproben» sind fast alle Methoden zum Nachweis des Zuckers im Harn genau beschrieben; es fehlt aber eine der empfindlichsten, die mit Diazobenzolsulfosäure (Penzoldt).

Die sorgfältigste Behandlung hat das Capitel über die Therapie d. Diab. mel. erfahren. Verf. theilt die Behandlung dieser Krankheit in eine 1) hygienische, 2) diätetische und 3) therapeutische Ad I wird ausser guter Luft etc. besonders Gymnastik und leichter Beschäftigung anempfohlen. Verf. hat aber den Begriff «leichte Arbeit» etwas stark ausgedehnt, weil darunter für Männer «auch Bäume fällen, sie zerschneiden und zerhacken und Handkarren führen» verstanden wird, für Frauen aber unter «leichteren häuslichen Arbeiten «Scheuern, Holzspalten und selbst Zimmerreiben» gemeint ist. Was die diätetische Behandlung betrifft, so ist Verf. ein Gegner der schablonenmässigen Behandlung und verlangt, die Diät müsse jedem einzelnen Falle angepasst werden. Dabei ist es ihm nicht so wichtig, ob der Zuckergehalt um einige Zehntel % zunimmt, sondern er legt das Hauptgewicht darauf, wie der Pat. sich bei dieser Diät fühlt und ob er an Gewicht zunimmt.

Die für den Diabetes-Kranken so wichtige «Brodfrage» ist sehr ausführlich und kritisch besprochen; auf die Einzelheiten derselben können wir hier nicht eingehen und müssen auf's Original verweisen. Bei der Besprechung der medicam. Behandlung lässt Verf. eigentlich nur den Gebrauch vom Carlsbader Wasser gelten.

Wenn wir uns erlauben ein Resumé dieser Arbeit zu entwerfen, so heben wir folgende Gesichtspuncte hervor:

1) Verf. spricht sich gegen die Entziehungscuren aus, weil dieselben häufig Ekel und Widerwillen erregen und weil dadurch höchstens die Glycosurie zeitweise gehoben, nicht aber der Diabetes geheilt wird.

2) Die Diät muss individuell geregelt und angepasst werden.

3) «Die Diät ist dauernd beizubehalten, da die Organdisposition nie erlischt».
L—n.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber die auscultatorischen Erscheinungen bei Gefässverletzungen und sog. traumatischen Aneurysmen. Von Prof. Dr. Ed. v. Wahl. (Sep.-Abdr. a. d. «Deut. Zeitschr. f. Chirurgie», Bd. 20).

— Pest- und Cholera-Epidemien im Gouvernement Astrachan. Von N. K. Schtschepotjew. Mit zwei Curventafeln, 1 Karte und 1 Plan. — Kasan, 1884. (Russ.)

— Dr. A. Strümpell's: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten Bd. II., Th. I. Krankheiten des Nervensystems. Mit 48 Abbild. Aus d. Deutsch. übersetzt unter der Redact. und mit einem Vorwort und Anmerkungen versehen von D. Skolosubow. — B. Kostylew u. N. Saweljew, Moskau, 1885. (Russ.)

— Ueber Assainisation der Städte. Von W. N. Bensengr. — A. Karzew, Moskau, 1884. (Russ.)

— Ueber die Pathogenese der Epilepsie. Von Dr. P. Rosenbach. (Sep.-Abdr. a. «Virchow's Archiv», 97. Bd., 1884).

— Ueber die neuropathischen Symptome der Lepra. Von Dr. P. Rosenbach. (Sep.-Abdr. a. d. «Neurolog. Centralbl.» 1884, № 16.)

— Gynäkologischer Specialismus. Von Dr. L. Landau. (Sep.-Abdr. a. d. «Deutsch. Medicin.-Zeitung», 1884, № 30.)

— Rechenschaftsbericht der Administration zur Verpflegung der mittellosen Geisteskranken der Rigaschen Stadtgemeinde über das Jahr 1883.

— Ueber Ptomaïne. Von Prof. Dr. L. Brieger. — A. Hirschwald, Berlin, 1885.

— Handbuch der Laryngoskopie und der Kehlkopfkrankheiten. Von W. Nikitin. II. Lief. St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— Anatomische Vorlesungen für Aerzte und ältere Studirende. Von Dr. Ad. Pansch. Th. I. Allgemeine Einleitung: Brust und Wirbelsäule. Mit 70 Holzschnitten. — R. Oppenheim, Berlin, 1884.

— Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Von Dr. A. Strümpell. II. Bd., II. Th. Krankheiten der Nieren und der Bewegungsorgane. — Constitutionskrankheiten. — Vergiftungen. — Receptformeln. Mit 8 Abbild. — F. C. W. Vogel, Leipzig, 1884.

— Bindegewebstuberculose als selbständige, primäre Krankheitsform. Von A. E. Feoktistow. Mit 1 Tafel. (Sep.-Abdr. a. «Virchow's Archiv», 98. Bd., 1884.)

— Die Thätigkeit des Medicinalraths im Jahre 1881. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— **Das fünfzigjährige Jubiläum der Allerhöchst bestätigten Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg**, gefeiert am 16. October 1883. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. Mai 1884.

1) Dr. Schwartz stellt den auf der Sitzung vom 7. März a. c. besprochenen Knaben vor. Resection der Diaphyse der Tibia, später auch des Fibula-Köpfchens. Letzteres ist vollständig, die Diaphyse der Tibia fast vollständig regenerirt. Die äussere Bedeckung zeigt entsprechend der nicht consolidirten Stelle einen kleinen Defect in der Narbe, Pat. geht mit einem Stützapparat.

2) Dr. Zwingmann berichtet über die Refraction und Sehschärfe der Schüler des Stadtgymnasiums zu Riga nach von ihm 1881 und 1882 auf Anregung des Schulvorstandes vorgenommenen Prüfungen. Resultat wenig erfreulich. Unter 1039 gespiegelten Augen = 31,5 % Myope.

In der unteren gemeinschaftl. Abtheilung (VII—Vb) = 25,5 %
in der Realabtheilung (Va—I) . . . . = 33,8 %
in der Gymnasialabtheilung (Va—I) . . . . . . = 34,9 %
überhaupt von 17,7 % in VII auf 40,3 % in Real I und 48,4 % in Gymnasial I ansteigend.

Unter 1035 mit Brillengläsern geprüften Augen = 45,2 % Myope
in der unteren gem. Abth. . . . . = 38,8 % »
in der Realabtheilung . . . . = 45,4 % »
in der Gymnasialabtheilung . . . . = 50,2 % »
überhaupt von 43,8 % in VII auf 58 % in Real I und 72,7 % in Gymnasialprima ansteigend.

Durchschnittsrefraction und Durchschnittsmyopie (letztere von ca. — 1 D in VII auf — 2,5 D in I ansteigend) ergaben gleich ungünstige Resultate. Die Myopie steigt nicht nur an Grad, sondern auch an Zahl von Classe zu Classe und zwar M > 1 D sogar rascher als Myopie überhaupt, wie in 4 Curventafeln nachgewiesen wird. Wesentlich ungünstigere Verhältnisse wie sie Cohn als Durchschnittszahlen, Koppe (1876) für das Dorpater Gymnasium, Erismann für 11 Petersburger Gymnasien gefunden haben. Den Umstand, dass der Procentsatz an Sehschärfe = $^6/_6$ und > nach Correction in den oberen Classen steigt, trotz Zunahme der Myopie an *Zahl* und *Grad, führt* Vortr. in Hinblick auf den grossen Unterschied zwischen Spiegel- und Gläserrefraction, namentlich in den unteren Classen auf den dort stark vorherrschenden Accommodationskrampf zurück; bei letzterem ist die Sehschärfe oft wesentlich vermindert, wie die Atropinisation solcher Augen lehrt. Eine Sehschärfe von < $^3/_6$ ($^{20}/_{40}$ in Fuss) ohne Correction der Refraction haben in VII schon $\frac{1}{4}$, in I die Hälfte aller Schüler.

Die Tagesbeleuchtung des Stadtgymnasiums ist ungünsig, fehlerhafte Construction der Fenster giebt 1 Glas auf 10 Bodenfläche in den bestsituirten Classen, 1 : 12 und 1 : 13 in den ungünstiger situirten, während die Hygiene (Cohn) 1 : 5 fordert. Nach Besprechung der Arbeiten Weber's, Berlin's und Rembold's schliesst Vortr. mit dem Hinweis auf die durch zweckmässige Schulumbauten erzielten Erfolge.

Dr. Mandelstamm bedauert, dass die opthalmoskop. Untersuchungen ohne Atropin geschahen und weist auf den von Cohn gelieferten Nachweis hin, dass viele Myope nach der Atropinisation emmetrop wurden.

Dr. Zwingmann: Ganze Classen zu solchen Zwecken zu atropinisiren würde kaum gestattet werden. Auch hätten bisher fast sämmtliche Untersucher ohne Atropin gearbeitet. Cohn habe nur wenige Aufnahmen mit Atropin gemacht.

Dr. Stavenhagen: Durch Fortlassung aller Refractionsanomalien, welche < eine Dioptrie (wie auch Cohn gethan) wäre die werthvolle Arbeit von Dr. Zwingmann wesentlich erleichtert, ihre Resultate ohne an Genauigkeit einzubüssen übersichtlicher geworden. Er halte, Dr. Mandelstamm darin beistimmend, Fehler in Grenzen von mindestens 0,5 Dioptr. bei ophthalmoskop. Refractionsbestimmung für unvermeidlich. Refractionsanomalien unter 1 Dioptr. sind von geringer prakt. Bedeutung, da dabei immer noch mindestens $\frac{1}{2}$ Sehschärfe. Bei solchem Verfahren hätte sich die Statistik des Stadtgymnasiums um Einiges günstiger gestaltet.

Die Wichtigkeit der Untersuchungen Berlin's nochmals betonend bemerkt Dr. Stavenhagen, für die Praxis des Schreibunterrichts sei daraus zu folgern: Der Seitenrand des Heftes muss mit dem Tischrande nach rechts oben unter demselben Winkel liegen, welchen der Lehrer für das Verhältniss der Grundstriche zur Zeile verlangt. Diese Heftstellung sei unumgänglich, anderenfalls ermüde das Kind rasch, beuge den Körper über, nähere den Kopf der Arbeit übertrieben und befördere die Entwickelung von Myopie. Nicht so sehr in den höheren Schulen, als besonders während des Elementarunterrichts und bei den häuslichen Arbeiten müsse, zumal bei ererbter Disposition, der Entwickelung von Myopie vorgebeugt werden, hierzu sei allerdings ein Kopfhalter unerlässlich.

Dr. Zwingmann weist darauf hin, dass Berlin und Rembold direct durch Messung nachgewiesen, dass die Kinder bei rationeller Stellung des Heftes sofort den Kopf weiter von der Arbeit entfernen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 9. Januar 1884.

Dr. Wulff berichtet zu dem im letzten Protokoll mitgetheilten Krankheitsfall, folgendes: Am 20. December begann unter Fiebertemperatur 39,2° der Unterleib sich aufzutreiben, im Epigastrium und in der Regio ileo-coecalis schmerzhaft zu werden, ohne dass Exsudate nachgewiesen werden konnten. Es trat Erbrechen und rapider Collaps ein, an dem Patient am 21. Abends starb. Die Obduction am 23. ergab: In den unteren Lungenlappen starkes Oedem, im linken Pleurasack geringes, seröses Transsudat, Herzmuskel welk, mürbe, die Klappen normal. Die Milz vergrössert, weich, ihre Kapsel gerunzelt. Die Leber gross, hyperaemisch. Nieren normal mit leicht abziehbarer Kapsel. Das parietale und viscerale Blatt des Peritonäums stark injicirt, etwas trübe. Die Darmschlingen durch frische Fibrinablagerungen unter sich verklebt, die stellweise eitrig infiltrirt sind. Dieselben sind offenbar älteren Datums im oberen Theil des Ileum, an der getrennten Darmschlinge. Die Mucosa dieser Darmschlinge ist stark infiltrirt und von älteren Blutextravasaten durchsetzt. Im übrigen Theil des Darms findet sich frischer Katarrh. Der Magen stark aufgetrieben. Der Patient starb demnach an acuter septischer Peritonitis, ausgegangen von der Wundfläche des abgetrennten Darmes.

Dr. Wulff bringt einen fernern Beitrag zu den mit Descensus imperfectus testiculi und Kryptorchismus sich verknüpfenden Krankheitszuständen, eine acute Hydrocele inguinalis betreffend. Am 29. December 1883 wurde ein athletisch gebauter Krämer von 26 Jahren in's Obuchow-Hospital aufgenommen, der, mit linksseitigem Leistenhoden behaftet, am 25. December beim Heben eines schweren Korbes mit Eiern einen lebhaften Schmerz in der linken Leistengegend verspürte und am Abend eine bedeutende Geschwulst in derselben und in der linken Seite des Hodensackes bemerkte. Vor 17 Jahren schon hatte er einmal in der linken Leiste eine rasch entstandene Geschwulst gehabt, die durch Streichungen und Dampfbäder auf eine minimale Grösse zurückgegangen war, die den Hoden einschloss und ihn die ganze Zeit in keiner Weise belästigt hatte. Auch jetzt, wie früher, war das Auftreten der Geschwulst weder mit Erbrechen noch mit Verstopfung oder Auftreibung des Leibes verbunden gewesen und das Allgemeinbefinden ungestört geblieben. Die scharf begrenzte Geschwulst lag im Trigonum inguinale sinistrum und in der linken sehr schwach entwickelten Hälfte des Hodensackes, hatte Sanduhrform, mit grösserer oberer halbkugelförmiger Abtheilung von 6 Cm. Durchmesser und kleinerer unterer walzenförmiger von 4 und 2,5 Cm., die durch eine Einschnürung in der Höhe des äusseren Leistenringes von einander abgesetzt waren. Sie war von normaler Haut bedeckt, nicht schmerzhaft, ausser bei Hustenstössen von glatter Oberfläche, mässig gespannt, elastisch, erlaubte den Inhalt aus einer Abtheilung in die andere zu drängen, wobei der bewegliche Hode von ziemlich normaler Grösse deutlich gefühlt werden konnte, aber liess sich durch Druck nicht in die Bauchhöhle entleeren. Der Versuch die Geschwulst auf Pellucidität zu prüfen, misslang, da sie sich nicht genügend vom Körper abheben liess, um sie zwischen Lichtquelle und Beobachter zu bringen.

Patient, der sich sonst ganz wohl fühlte, und das Hospital nur aufgesucht hatte in der Befürchtung einen Darmbruch acquirirt zu haben, liess sich, nach erhaltener Beruhigung darüber, nicht zur Hydrocelen-Operation bereden und verliess die Anstalt am 8. Januar 1884, mit mässiger Abnahme des Volumens seiner Hydrocele inguinalis.

z. Z. Director D. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 16. October 1884.

1. Dr. Severin berichtet über *2 Fälle von Steinoperationen.*

1) Ein 7jähriger Knabe aus dem Gdow'schen Kreise des Gouv. Petersburg, trat ins Nicolai-Kinderhospital ein, nachdem er seit 2 Jahren an Harnbeschwerden gelitten. S. fand einen Stein im Blasenhalse, schritt am 18. Sept. zur Urethrotomia externa und extrahirte einen Stein mit weicher Oberfläche und hartem Kern. Bereits nach 3 Tagen konnte Pat. wieder durch die Harnröhre uriniren und die Heilung trat ohne Störungen ein.

2) Ein ebenfalls 7jähriger Knabe aus dem Kreise Zarskoje-Sselo (Gouv. Petersburg) litt seit 3 Jahren an Harnbeschwerden und fand deshalb Aufnahme im Nicolai-Kinderhospitale. S. constatirte bei dem schwächlichen Patienten in der Pars prostatica einen kleinen Stein und einen zweiten grösseren in der Blase und machte die *Urethrotomia externa*, wodurch der erste Stein (bohnengross) herausbefördert wurde. Nach einigen Tagen (am 24. Sept.) urinirte Pat. durch die Harnröhre und am 30. Sept. war die Wunde verheilt. Da der zweite Stein trotz versuchter Erweiterung des Blasenhalses nach der Urethrotomie nicht herausbefördert werden konnte, schritt S. am 2. October zur *Sectio alta* und gelang es leicht den zweiten Stein

zu extrahiren. Der weitere Verlauf war ein normaler, bis am 10. October urämische Erscheinungen auftraten. Am 11. October kehrte wohl die Besinnung zeitweilig zurück, doch floss der Urin wieder durch die Wunde und enthielt grosse Eiweissmengen (jedoch keine Cylinder), Tripelphosphate und oxalsauren Kalk. Am 13. October starb Pat. an Uraemie — Die *Section* ergab, dass die rechte Niere völlig atrophisch und im rechten Ureter ein Stein steckte. Die linke Niere zeigte die Erscheinungen eitriger Pyelitis. Der linke Ureter war colossal erweitert und in dem Blasenhals steckte wiederum ein Stein. Im Ganzen hatte Pat. also 4 Steine, die von S. dem Vereine vorgelegt wurden. Die urämischen Erscheinungen sind offenbar durch Einklemmung des Steines in dem Ureter verursacht worden.

Discussion: Dr. Ebermann, welcher in diesem Sommer der Naturforscherversammlung in Magdeburg beigewohnt, theilt mit, dass die Sectio alta daselbst von Prof. Bergmann und Prof. Volkmann besprochen worden sei und Beide haben sich für dieselbe und *gegen* die Lithotripsie ausgesprochen. Volkmann geht sogar soweit, die letztere für schädlich anzusehen; auch wenn sie gelingt, so bringt sie durch Recidive schädliche Folgen. Dagegen nimmt E. die Lithotripsie in Schutz und verspricht nächstens sein reiches Material statistisch geordnet vorzulegen. Als Beispiel führt er nur an, dass er 1866 bei einem Manne die Lithotripsie mit günstigem Erfolge angewandt und derselbe erst kürzlich als 80jähriger Greis gestorben, nach der Operation also noch c. 18 Jahre lang gelebt hat, ohne Folgen der Operation zu spüren.

Dr. Severin hat die Lithotripsie seit Jahren häufig bei Kindern ausgeführt, doch sei es eine nothwendige Bedingung der Operation, dass es sich um weiche Steine handele, denn bei harten Steinen kann der Apparat versagen, so dass er doch zur Sectio alta schreiten musste. Lithotripsie bei Kindern hat entschieden eine Zukunft, namentlich wenn die Steinbildung noch im Beginne. Den Catheter à demeure nach hohem Steinschnitt bei Kindern anzuwenden, hält S. nicht für richtig, weil er reizen, ja selbst zu Schüttelfrösten führen kann. S. giebt den Rath dafür den Pat. nach der Operation die Bauchlage einnehmen zu lassen, ohne zu drainiren und ohne zu vernähen.

Dr. Ebermann ist bei Kindern nicht gegen die Sectio alta, bei Erwachsenen dagegen mehr für Lithotripsie, auch scheint ihm die *Litholapaxie* Bigelow's Zukunft zu haben.

Dr. Schmitz hält die Frage noch nicht für spruchreif, da wir noch über eine relativ geringe Casuistik bezüglich der Sectio alta verfügen. Günther hat von der ersten sicher bekannten Operation, die durch Peter Frank ausgeführt wurde (Mitte des 16. Jahrhunderts) bis zum Jahre 1851 nur 260 Fälle sammeln können, Flury von 1851 bis 1878 nicht mehr als 93, und endlich Garcin von 1879 bis 1883 nur 94 Fälle. Allerdings glaubt S., dass ein grosser Theil der gemachten «Sectio alta» nicht publicirt seien. So z. B. ist im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg 32 Mal die Sectio alta gemacht, die Fälle sind jedoch nicht publidirt und ist S., welcher von diesen Operationen 18 selbst gemacht, soeben mit einer Bearbeitung derselben beschäftigt. Schmitz trennt sein Material in zwei Perioden. In der ersten 1869—1877 gaben die Fälle eine Mortalität von über 50%, während dieselben bei anderen Methoden geringer war. Daher ist von 1877—1880 keine einzige Sectio alta gemacht und erst 1880 begann man bei den Fortschritten der Antiseptik wiederum dazu zu greifen. Die zweite Periode reicht also von 1880 bis jetzt, doch ist die Mortalität nicht unter 20%. Die Sectio alta hat entschieden eine Zukunft, aber nur in Folge der Antiseptik. Gelingt sie, so ist es meist ein ideales Resultat, welches erzielt wird. Die Prognose der Sectio alta ist jedoch ungünstig, sobald derselben Lithotripsie vorhergegangen. Ueberhaupt leugnet S. den Nutzen der Lithotripsie bei Kindern.

Dr. Serk führt dagegen einen Fall an, wo doch die Lithotripsie Nutzen brachte, nämlich bei einem kleinen Mädchen, wo die weiche Schale zertrümmert wurde, worauf man den Kern mit einer Zange extrahiren konnte, ohne dass schlimme Folgen auftraten.

Dr. Ebermann meint hierzu, dass die Frage beim weiblichen Geschlecht überhaupt anders stehe, da sich die Urethra leicht erweitern lasse. Er hat im vergangenen Jahre bei einer 80jährigen Frau mit Leichtigkeit einen grossen Stein entfernt, nachdem er die Urethra erweitert und ein wenig incidirt hatte. Pat. erholte sich sehr schnell. Eb. bemerkt noch, dass in der Umgebung von Petersburg namentlich im Dorfe Kusmino in der Nähe von Zarskoje-Sselo häufig Steinbildung vorkomme.

Dr. Anders erwähnt noch, dass die Diagnose der Steine bei Kindern eine viel leichtere sei, als bei Erwachsenen, namentlich mit Hülfe der combinirten Digitaluntersuchung.

Dr. Assmuth macht darauf aufmerksam, wie die Ansichten über die verschiedenen Methoden je nach den Nationalitäten auseinander gehen. Während sich Deutschland besonders warm für den hohen Steinschnitt ausspricht, herrscht in Frankreich und England die Lithotripsie vor. Erst neuerdings fängt die Sectio alta an, in Frankreich Anhänger zu bekommen. Bezüglich der *Litholapaxie*, die A. 2 Mal gemacht, (wohl die ersten Fälle dieser Operation in Russland) spricht er sich dahin aus, dass sie wohl bei uns nicht häufig Anwendung finden wird und zwar aus anatomischen Gründen, denn A. hat häufig beobachten können, dass die Urethra im Allgemeinen in Russland eine engere zu sein scheint, als in Frankreich und England. Die dort gewöhnlich gebrauchten Catheter sind hier für den Durchschnittsgebrauch zu dick. So sind auch die von Bigelow angegebenen Apparate für hiesige Harnröhren zu umfangreich. Die Litholapaxie an und für sich scheint ein gutes Operationsverfahren zu sein.

2. Dr. Petersen demonstrirt einen Patienten mit fast *vollständiger Atrophie der Muskeln des Schultergürtels und der Oberarme* mit Ausnahme der m. m. deltoidei.

Der Patient, Nicolai Iwanow, 38 Jahre alt, trat am 31. Mai a. c. wegen frischer Syphilis ins Alexanderhospital und hat mehrere Monate daselbst verbracht, da es sich um eine hartnäckige Form der Syphilis handelte. Gleich bei der Aufnahme fiel die Atrophie der Oberarme und die eigenthümliche Stellung der Schulterblätter (die anguli stehen hervor) auf. Die Atrophie ist beiderseits gleichmässig. Die Vorderarmmuskulatur ist recht gut entwickelt. Pat. giebt an, dass die Atrophie seit seiner frühesten Jugend bestände, wie er glaubt, angeboren sei. Dieses hat ihn jedoch nicht gehindert in seinem 12. Jahre als Lehrling bei einem Schneider einzutreten und übt er nun seit bereits 26 Jahren sein Handwerk aus ohne Beschwerden zu fühlen. Petersen glaubt sich den eigenthümlichen Befund nur durch Annahme eines congenitalen Defectes im Rückenmark erklären zu können.

Dr. Magawly erinnert sich, einen ähnlichen Fall bei Duchenne in Paris gesehen zu haben.

3. Dr. Selenkow demonstrirt folgende 3 Präprate und theilt die dazu gehörigen Krankengeschichten mit.

a) Eine *Littré'sche Hernie*, bei einer 60jährigen Bäuerin. Tod durch Peritonitis in Folge von Perforation. Es hatte keine Stuhlverhaltung bestanden.

Dr. Ebermann bemerkt dazu, dass er einen Fall von Littré-schem Bruch behandelt und Genesung erzielte.

b) Das *Rückgrat eines Patienten, der Jahre lang an* Spondylitis gelitten.

c) *Carcinom des Mediastinums*. In Folge des behinderten Schluckens machte S. die Gastrostomie.

(Diese 3 Fälle sind zur Veröffentlichung in der Pbg. med. Wochenschrift bestimmt). Secretair: O. Petersen.

Vermischtes.

— Am 24. November feierte das zweitälteste Hospital der Residenz, das Obuchow'sche, sein hundertjähriges Jubiläum; das Fest konnte aus hier nicht näher zu erörternden Gründen am Tage der eigentlichen Stiftung der Heilanstalt, dem 14 October, nicht begangen werden, sondern wurde auf Allerhöchsten Befehl auf den Namenstag der Erhabenen Gründerin verlegt. Die *politischen Zeitungen*, besonders «Nowoje Wremja» und die deutsche «St. Petersburger Zeitung» haben so ausführliche Berichte über den Verlauf des Festes gebracht, dass wir es für unnütz halten, noch ein Mal auf dasselbe zurückzukommen und begnügen uns damit, zu constatiren, dass die Feier in würdiger und glänzender Weise verlief. Das Institut und die an ihm wirkenden Aerzte können auf die Sympathie welche ihnen in den circa 30 Adressen entgegengebracht wurde, stolz sein; am meisten gefielen uns die Reden der Zuhörerinnen der medicinischen Curse und des Vertreters des ausserstädtischen Hospitals, welche, warm empfunden, auch warm vorgetragen wurden, auch gefiel allgemein die schwungvoll verlesene lateinische Anrede des Präsidenten des Vereins praktiscker Aerzte. Das an die officieller Feier sich schliessende Dejeuner dinatoire verlief ausgezeichnet, das Essen und die Weine vortrefflich, die Stimmung der Theilnehmer eine sehr gehobene, welche sich in verschiedenen Reden und einem äusserst launigen Gedichte äusserte und durch ein Glückwunschtelegramm der Universität Dorpat nicht wenig gesteigert wurde.

Das Obuchow'sche Hospital kann mit Stolz und Genugthuung auf seinen Ehrentag zurückschauen. Wohl kaum ist je eine Anstalt, die ihre Pflichten seit vielen Jahrzehnten auf das Gewissenhafteste erfüllt und immer die schwersten Aufgaben glücklich gelöst hat, so heftig, hinterlistig und grundlos angegriffen worden, als das Obuchow'sche Hospital; es hat sich eben in seiner stillen, segensreichen Thätigkeit nicht durch solche Wespenstiche beirren lassen, es hat fortgearbeitet und sich mit dem alten Spruche getröstet: «Viel Feind' — viel Ehr'!»

— Die Proff. Iwanowski und K. Winogradow haben, wie der «Wratsch» erfährt, bei der Untersuchung der Präparate von Cholera-Därmen, welche der verstorbene Prof. Rudnew vor 18 Jahren bei Gelegenheit seiner bekannten Abhandlung über die Cholera angefertigt hat, die Koch'schen Kommabacillen in denselben gefunden.

— Dr. Smolenski ist von der Redaction der hygienischen Zeitschrift «Sdorowje» zurückgetreten.

— In Orel haben vier Krankenwärter im örtlichen Gouvernements-Landschaftshospital einen an Delirium tremens leidenden Patienten, welcher beim Anziehen des Zwangshemdes Widerstand geleistet hatte, derart misshandelt, dass er starb. Die Section ergab 45 Rippenbrüche, Zerreissungen von Gefässen u. s. w. Das Bezirksgericht hat die Schuldigen zur Einreihung in die Arrestanten-Compagnien verurtheilt, und zwar zwei auf 2 Jahre und die anderen zwei auf $1\frac{1}{2}$ J.

— *Verstorben*: 1) Der frühere Professor der Moskauer Universität Dr. K. Lebedew, welcher von 1831—1843 dort Vorlesungen

über allgemeine Pathologie und Therapie hielt, im 85. Lebensjahre. 2) In Odessa der ältere Arzt des Lublin'schen Regiments, Staatsrath A. Shdanow. Der Verstorbene hatte anfangs im hiesigen Obuchow-Hospital, darauf als Landschaftsarzt und zuletzt als Militärarzt gewirkt. Er war eben zum Oberarzt des Odessa'schen Militärhospitals ernannt und sollte am nächsten Tage die Leitung des Hospitals übernehmen, starb aber in der Nacht vorher an Apoplexie. 3) In Shitomir der dortige Stadtarzt Ljatoschinski im 53. Lebensjahre. 4) Der ältere Arzt des Ssimferopol'schen Regiments J. Schaposchnikow.

— In Louisville (Nordamerika) lebt ein Arzt Dr. Graham, welcher vor Kurzem 100 Jahre alt geworden ist.

— Der bisherige Director des Deutschen und Reichsgesundheitsamtes, Dr. Struck ist am 1. December n. St. definitiv aus diesem Amte geschieden. Da ein Nachfolger noch nicht ernannt ist, so vertritt ihn einstweilen Geh.-Rath Dr. Koch.

— Der Reichstag in Stockholm hat beschlossen, dass die Provincialärzte nach 35jähriger Dienstzeit oder mit dem 60. Lebensjahre mit 4000 Kronen Jahrespension in Ruhestand treten müssen,
(A. med. Ctrl.-Ztg.)

— Der französische Ministerpräsident Ferry hat an die diplomatischen Agenten ein Circulär erlassen, in welchem er dieselben beauftragt, den Mächten von dem vollständigen Erlöschen der Cholera in Frankreich Mittheilung zu machen und die Aufhebung der Quarantäne zubeantragen.

— Zur Ergänzung der in № 46 dieser Wochenschrift von uns gebrachten Mittheilungen über die Arbeiten der in Berlin zusammengetretenen *Impfcommission* bringen wir heute nach der «Allg. med. Ctrl.-Ztg.» die von der Commission ausgearbeiteten, den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage betreffenden, *Beschlüsse*, welche bereits an den deutschen Bundesrath gelangt sind. Die Beschlüsse lauten: 1) Das einmalige Ueberstehen der Pockenkrankheit verleiht mit seltenen Ausnahmen Schutz gegen ein nochmaliges Befallenwerden von derselben. — 2) Die Impfung mit Vaccina ist im Stande, einen ähnlichen Schutz zu bewirken. — 3) Die Dauer des durch Impfung erzielten Schutzes gegen Pocken schwankt innerhalb weiter Grenzen, beträgt aber im Durchschnitt 10 Jahre. — 4) Um einen ausreichenden Impfschutz zu erzielen, sind mindestens 2 gut entwickelte Impfpocken erforderlich. — 5) Es bedarf einer Wiederimpfung nach Ablauf von 10 Jahren nach der ersten Impfung. — 6) Das Geimpftsein der Umgebung erhöht den relativen Schutz, welchen der Einzelne gegen die Pockenkrankheit erworben hat, und die Impfung gewährt demnach nicht nur einen individuellen, sondern auch einen allgemeinen Nutzen in Bezug auf Pockengefahr. 7) Die Impfung kann unter Umständen mit Gefahr für den Impfling verbunden sein. Bei der Impfung mit Menschenlymphe ist die Gefahr der Uebertragung von Syphilis, obwohl ausserordentlich gering, doch nicht gänzlich ausgeschlossen. Von anderen Impfschädigungen kommen nachweisbar nur accidentelle Wundkrankheiten vor. Alle diese Gefahren können durch sorgfältige Ausführung der Impfung auf einen so geringen Umfang beschränkt werden, dass der Nutzen der Impfung den eventuellen Schaden derselben unendlich überwiegt. — 8) Seit Einführung der Impfung hat sich keine wissenschaftlich nachweisbare Zunahme bestimmter Krankheiten oder der Sterblichkeit im Allgemeinen geltend gemacht, welche als eine Folge der Impfung anzusehen wäre. — Die Commission hat sich entschieden für die allgemeine Einführung der *Impfung mit Thierlymphe* ausgesprochen, welche allmälig nach Einrichtung der entsprechenden Zahl von Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe durchzuführen wäre.

— W. Roberts (Lancet, October 1882) braucht eine gesättigte wässerige Lösung von NaCl, zu welcher 5% einer Mischung von Salzsäure mit Wasser (1 : 16) hinzugesetzt worden, zum *Nachweise von Eiweiss und Peptonen im Harn.* Giesst man von diesem in einer gewissen Menge vorsichtig auf die Salzlösung, so bildet sich an der Berührungsstelle beider Flüssigkeiten eine Trübung, welche beim Verdünnen mit Wasser nicht verschwindet, das Eiweiss coagulirt dabei nicht. Tröpfelt man die oben angegebene Salzlösung in das Volumen der zugesetzten Lösung das des untersuchten Harnes erreicht hat, oder sie verschwindet beim Schütteln; hierbei bildet sich ein dauernder Niederschlag von Eiweiss. Diese Probe soll die mit NO_5 an Genauigkeit übertreffen und besonders bei stark gefärbtem Harne praktisch sein, da die Urate nicht gleichzeitig mit dem Albumin gefällt werden. (Bullet. de thérap. 1884, Sept. 15.)

eiweisshaltigen Urin, so erscheint nicht eher die Trübung, als bis

— Dr. Lawson (Therapeut. Gaz., June 1884) gab einem, an einer heftigen *Tripperorchitis* leidenden Kranken 2stündlich 2 Tropfen der *Tinct. Pulsatillae* (Ph. americ) in etwas Wasser und sah bereits nach der dritten Gabe Geschwulst, spontanen und Druckschmerz und die Spannung des Hodensackes schwinden. Seine sehr berechtigte Skepsis hinsichtlich eines solchen Erfolges wurde durch denselben Kranken widerlegt, welcher, an seinem Tripper weiterleidend, eine gleich starke Entzündung an dem anderen, bisher gesunden Hoden acquirirte, welche durch dieselbe Behandlung ebenso rasch verschwand. (Bullét. de thérap., 30. Août 1884.)

— Die in № 42 p. 429 bei Gelegenheit der Law'schen Färbungsmethode für Koch'sche Bacillen angeführte Farrant'sche (nicht Tarrant'sche) Lösung besteht aus gleichen Theilen arabischen Gummis, Glycerin und gesättigter Lösung von Arseniksäure.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs
am 18. November 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2498	1715	4213
Kinderhospitäler	123	178	301
Unter der Gesammtzahl befanden sich :	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	135	57	192
Scharlach	11	21	32
Pocken	15	6	21
Venerische Krankheiten	428	379	807

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 11. Nov. bis zum 17. November 1884 besucht von 1901 Kranken, darunter zum ersten Mal von 775.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	2—8 Nov.	190 115	80	7	21,9	8,7	36,8
Kopenhagen	5—11 Nov.	267 000	132	29	25,5	22,2	41,7
Berlin	9—15 Nov.	1 192 203	582	96	24,7	16,4	37,6
Wien	9—15 Nov.	759 849	320	17	21,9	5,3	42,0
Brüssel	2—8 Nov.	171 293	76	7	23,1	9,2	33,1
Paris	7—13 Nov.	2 239 928	1424	460[1]	32,8	32,3	26,3
London	9—15 Nov.	4 019 361	1507	190	19,6	12,6	33,0
St. Petersburg	**16—22 Nov.**	**928 016**	**401**	**50**	**22,4**	**12,5**	**35,3**

[1]) Einschliesslich an Cholera 375. Im Ganzen vom 3. November gestorben an Cholera 866.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. December c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. December c.

Nächste Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 6. December a. c. Tagesordnung: Wiedemann: 1) Ein Fall von Graviditas extrauterina und 2) Ein Fall von künstlichem Abort wegen unstillbarem Erbrechen,

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 14.

Сообщенія и протоколы засѣданій Спб. медицинскаго общества за 1884 годъ. Годъ II. вып. I. Цѣна за 2 вып. 3 Rbl.

Десницкій. Лѣчебный сезонъ на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. 1884. 30 Kop.

Ивановскій. Учебникъ патологической анатоміи. Вып. 4-й 1884. 75 Kop.

Лунинъ. Полный учебникъ для фельдшеровъ. 3-е испр. и дополн. изд. 1884. 2 Rbl.

Мейнертъ. Психіатрія. Перев. съ нѣм. Томъ I. вып. 1. 1884. 2 Rbl.

Monin. Чистота и опрятность. Перев. съ франц. 1884. 20 Kop.

Щепотьевъ. Чумныя и холерныя эпидеміи въ Астраханской губерніи. 1884. 75 Kop.

Argaez. Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac. (Forme douloureuse. 1884. 2 Rbl.

Birch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 2-te verb. Aufl. II. Bd. 2-te Hälfte. 1884. 6 Rbl.

Boissard. De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstetricale. Avec 50 planches. 1884. 2 Rbl. 50 Kop.

Bouchut. Hygiène de la première enfance. 1884. 2 Rbl.

Bouchut. Traité pratique des maladies des nouveau-nés, les enfants à la mamelle et de la seconde enfance. 8-me éd. 1884. 9 Rbl.

Bourneville. Récherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et d'idiotie 4-ème fasc. 1884. 2 Rbl. 50 Kop.

Coudray. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. 1884. 1 Rbl. 75 Kop.

Darwin. Der Ausdruck der Gemüthsbewegung bei dem Menschen und den Thieren. 4-te Aufl. 6 Rbl.

Ebstein. Fett oder Kohlenhydrate. 1884. 1884. 35 Kop.

Ferrand. Aide-mémoire de pharmacie. 4-me ed. 1884. 3 Rbl. 50 Kop.

Fontaine. Electrolyse. Avec 34 gravures. 1884. 3 Rbl. 75 Rop.

Cholera asiatica.

Kommabacillen-Reincultur nach Koch in vorzüglichen Präparaten franco 6 Mark. Wir empfehlen zugleich: **Spaltpilz-Präparate**, **Diatomeen-Typenplatten** systemat. angeordnet etc. **Pilze.** Histologische. Pathalog. etc. **Präparate** Verzeichnisse gratis.
Berlin S., Prinzenstrasse 69.
J. Klonne & G. Müller. 208 (2)

Verlag von **F. C. W. Vogel** in Leipzig.
Soeben erschien:

Lehrbuch
der
Pathologischen Anatomie
von
Dr. F. V. Birch-Hirschfeld,
Medicinalrath in Dresden.
Zweite völlig umgearbeitete **Auflage.**
ZWEITER BAND.
Specieller Theil.
2. Lieferung.
Mit 58 Abbildungen im Text.
Lex. 8. 1884. Preis 6 Rbl.
☛ Die 3. (Schluss-) Lieferung wird Ostern 1885 erscheinen. 205 (1)

Книжный магазинъ К. Риккера въ С.-Петербургѣ

Невскій проспектъ 14,
Принимаетъ подписку на слѣдующіе имъ издаваемые журналы:
Еженедѣльная медицинская газета

„ВРАЧЪ"

Подъ редакціей профессора **В. А. Манассеина.**
Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургѣ 9 руб., за полгода 4 руб. 50 коп.

ВѢСТНИКЪ
КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХІАТРІИ
и
НЕВРОПАТОЛОГІИ.

Повременное изданіе подъ редакціей проф. **И. П. Мержеевскаго.**
Вышло: I-й годъ. 1883. 2 выпуска; II-й годъ. 1884. 1-й выпускъ.
Цѣна за годъ съ доставкою и пересылкою 6 руб.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von
Prof. **Ed. v. Wahl** in Dorpat und Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg.
Abonnements-Preis incl. Post-Zustellung für das Jahr 8 Rubel; für 1/2 Jahr 4 Rubel.

СООБЩЕНІЯ И ПРОТОКОЛЫ ЗАСѢДАНІЙ

С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА.
Цѣна за годовое изданіе съ доставкою и перес. 3 руб.

ТРУДЫ ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ.

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.
Годъ 51-ой, за 1883—84. Цѣна за годовое изданіе съ доставкою и пересылкою 3 руб

Die
Pharmaceutische Zeitschrift
für Russland,
herausgegeben von der Allerhöchst bestätigten pharmaceutischen Gnsellschaft zu St.-Petersburg,

wird im Jahre 1885 nach demselben Programme, unter derselben Redaction und in derselben Form wie in den vorhergehenden Jahren erscheinen. Der Abonnementspreis in Russland ist jährlich mit Postzusendung 7 Rbl.; halbj. 3 1/2 Rbl.; in den andern Ländern 14 Mark, halbj. 7 Mark. Inserate kosten pro gespaltene Zeile in Petit 10 Kop. oder 20 Pfennige, Beilagen: 10 Rbl. oder 20 Mark. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, möglichst frühzeitig zu richten. 202 (5)

Central-Depot für Verband-Waaren
von
ALEXANDER WENZEL
St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, **Salicyl-**, **Thymol-**, **Carbol-** und **Jod-Watten** und **-Juten**, **Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband**, **Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen.** **chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (17)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

Cur- und Wasserheilanstalt
192 (2)
SASSENHOF BEI RIGA.

Gesammtes Wasserheilverfahren, Elektrotherapie, Heilgymnastik und Massage, künstliche Mineralbäder. Besonders geeignet für: **Nervenleiden, allgem. Ernährungsstörungen, Rheumatismus, Schwächezustände, Magen- und Darmleiden, Blasencatarrh, Nierenleiden, Morphiumsucht.** Das ganze Jahr hindurch geöffnet. Näheres durch den Prospect. **Dr. med. Schröder.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 30. Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger **I. JAHRGANG.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. **an** die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 49. St. Petersburg, 8. (20.) December 1884.

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von

Dr. P. G. Unna,

dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

(Fortsetzung.)

In den bisher angeführten Beispielen glaube ich der Beurtheilung des Lesers ein Material unterbreitet zu haben, hinlänglich gross, um als Basis einer kurzen Charakteristik des Lichen ruber zu dienen, wie er sich mir in Hamburg in den letzten Jahren darstellte. Der

Lichen ruber

bildet eine Gruppe genetisch zusammengehöriger, papulöser Hauterkrankungen. Die denselben constituirenden Papeln haben folgende *gemeinsame Merkmale:* Sie sind von livider, bläulich- oder gelblichrother Farbe, von harter Consistenz, eigenthümlicher Trockenheit, jucken mehr oder minder und sind von grosser Beständigkeit und Dauer. Nie wandeln sie sich wie Eczempapeln in Bläschen oder Pusteln um; nur der Lichen planus erleidet zuweilen eine Umwandlung in oberflächliche Blasen.

Es sind drei Formen lichenöser Papeln zu unterscheiden: eine *spitze*, eine *stumpfe* und eine *flache*. Danach wird der Lichen ruber einzutheilen sein in die Formen des *acuminatus, obtusus* und *planus*.

Eine Lichenerkrankung zeigt nun entweder diese Formen ungemischt und rein, und zwar entweder als umschriebenes oder als universelles Hautleiden, oder es combiniren sich örtlich oder zeitlich zwei oder selbst alle drei Formen von Lichenpapeln zu einem Krankheitsbilde, welches dann fast stets ein universelles Hautleiden darstellt. Der

Lichen acuminatus

besteht aus kleinen, 1—1½ Mm. im Durchmesser haltenden, also rübsamen- bis senfkorngrossen, konisch zugespitzten und an der Spitze mit einem Schüppchen bedeckten, stark juckenden Hügelchen, welche topographisch den Ausgängen der Haarbälge entsprechen und im Anfange auf der noch weissen Haut als rothe, schilfernde, weit getrennte Pünctchen erscheinen. Sie vergrössern sich einzeln nicht in der Fläche, fliessen aber, wenn die zwischenliegende Haut im Verlaufe der Affection sich röthet, anschwillt und bleibend dicker wird, zu grossen, bläulich-rothen, mässig schilfernden und stark juckenden Flächen zusammen, d. h. sie verschwinden für das Gesicht unter der allgemeinen Anschwellung des Papillarkörpers; der tastende Finger vermag sie noch länger zu isoliren als das Auge. Anstatt dieser Knötchen erscheint auf dem Gesichte nur eine einfache Pityriasis, auf der innern Handfläche und Fusssohle flache, transparente Papeln und auf der Zunge flache, juckende Erosionen. Die beiden letzten Localisationen sind ungemein selten. Der Lichen acuminatus bricht mit Vorliebe ganz acut, oft nach einem starken Schweisse aus, nachdem meistens Frostschauer, leichtes Ziehen und Hautjucken vorangegangen sind. Zweckmässig behandelt lässt er sich localisiren und coupiren; unbehandelt überzieht er allmälig den grössten Theil des Körpers, schliesslich selbst Gesicht und Hände. Das Jucken ist dabei stärker als bei den übrigen Lichenformen und steht in gradem Verhältniss zur Acuität der von Zeit zu Zeit eintretenden Nachschübe. Das Kratzen ist demgemäss meistens bedeutend, aber wegen der Verdickung, Verhärtung und Trockenheit der Haut führt es fast nie, wie beim Eczem, zu Erosionen und Excoriationen, sondern nur zu Exfoliationen, d. h. zu vermehrtem Schuppen. Bei mehrwöchentlichem Verlaufe nimmt der Lichen acuminatus unbeeinflusst ein mehr bleibendes, chronisches Gepräge an, es gesellen sich Erkrankungen der Nägel, Ausfallen der Haare, allgemeine Abmagerung hinzu und schliesslich nach jahrelangem Bestande gehen die Patienten marastisch oder phthisisch zu Grunde (Hebra sen.). Frühzeitig und energisch behandelt, giebt dagegen diese Lichenform eine günstige Prognose und ist rascher zu beseitigen als die andern beiden Formen. Die alte von Hebra sen. eingeführte Cur bestand im innerlichen Gebrauch grosser Arsenikdosen. Dieselben äussern aber erst nach vielwöchentlichem, ja monatlichem Gebrauche ihre Wirkung und müssen unter Umständen Jahre lang fortgegeben werden. Rascher hilft die Köbner'sche Arsenikinjectionscur, ist aber sehr schmerzhaft und da sie Monate in Anspruch nimmt, immerhin noch langwierig genug. Am raschesten und bequemsten wirkt die von mir angegebene Carbol Sublimatschmiercur, die bei frischen Fällen in 8 Tagen, bei mehrwöchentlichem Bestande in 14 Tagen, bei monate- bis jahrelangem Be-

stande in 3—4 Wochen sicher und schmerzlos zur Heilung führt und überdies den grossen Vorzug vor den beiden andern Methoden hat, das unter Umständen furchtbare Jucken vom ersten Tage an bedeutend zu mildern. In sehr umschriebenen, kurze Zeit bestehenden Fällen lässt sich oft schon durch den äusseren Gebrauch von Carbolsäure, Bleiessig, essigsaurer Thonerde etc. Heilung erreichen. Die gewöhnlichen Antieczematosa sind ohne alle Wirkung. Nach der Heilung hinterlässt der Lichen acuminatus je nach dem kürzeren oder längeren Bestande die Haut in schwach oder stark diffus, selten gefleckt pigmentirtem Zustande. — Der

Lichen obtusus

besteht aus mittelgrossen, 3 – 5 Mm. im Durchmesser haltenden, also pfefferkorn- bis erbsengrossen, halbkugelig geformten, aber oben abgeflachten und im Centrum mit einer feinen Delle versehenen, harten, trocknen, glatten, wachsartig schimmernden, bläulich bis bräunlich-rothen, schuppenlosen Papeln. Von andern Papeln sind ihnen höchstens die des Molluscum contagiosum — abgesehen von der Farbe — vergleichbar. Der Lichen obtusus tritt viel weniger acut auf als der Lichen acuminatus, juckt weniger und bleibt meistens umschrieben. Doch kann er, sich selbst überlassen, in wenigen Wochen auch den ganzen Körper überziehen. Aber dann bleiben zwischen den einzelnen Efflorescenzen meistens grössere Hautstrecken frei. Dicht zusammenstehende Papeln können zu grösseren Plaques verschmelzen, wobei die mittleren Papeln sowohl atrophiren, wie auch fortbestehen können. An Stelle der Papeln treten nach der Heilung stark braun pigmentirte etwas narbig verdünnte Flecke. Nie gesellen sich zum Lichen obtusus Haar- und Nägelerkrankungen, nie endet er in Marasmus, höchstens leidet das Nervensystem und die Ernährung bei grosser Ausbreitung und langem Bestande des Uebels. Innerliche Dosen von Arsenik nützen gegen Lichen obtusus viel weniger als gegen den Acuminatus, doch ist auch hier ein Einfluss des Arseniks unverkennbar. Fälle von grosser Ausdehnung sind sicher nur durch die Carbol-Sublimat-Schmiercur rasch zu bemeistern, ganz vereinzelte Lichenpapeln kann man mittelst starker Lösungen von Chrysarobin, Sublimat oder Salicylsäure in Collodium oder Traumaticin oder mit entsprechenden Pflastermullen beseitigen. — Der

Lichen planus

stellt in ausgebildetem Grade ganz flache, nur wenig über das Hautniveau erhabene, rothe Flecke von 6 Mm. bis zu 4 Ctm. Durchmesser, also von Linsen- bis Thalergrösse dar. Dieselben sind ganz eben oder tellerförmig, d. h. am Rande etwas wallartig erhaben und in der Mitte vertieft, selbst bis unter das Niveau des Gesunden. Die Oberfläche ist glatt, oft mit einem seidenpapierdünnen Schüppchen bedeckt. Auf der Fläche vertheilt sieht man hin und wieder bläulichweisse, senfkorngrosse Flecke, welche beim Herauspräpariren miliumähnliche Hornkörperchen darstellen. Die Genese dieser flachen Papeln ist nicht so einfach wie die der spitzen und stumpfen. Besonders in reinen Fällen von ganz umschriebenem Lichen planus sieht man die einzelnen Flecke allmälig durch Coalescenz aus einer entsprechend umfangreichen Gruppe äusserst kleiner, etwa 1 Mm. im Durchmesser haltender, rother, glatter, an der Kuppe abgeplatteter Lichenpapeln hervorgehen, welche bei Lupenvergrösserung oft noch eine winzige Delle zeigen und mithin einzeln Obtusus-Papeln en miniature vorstellen. In anderen Fällen lässt sich eine Entstehung aus kleinen, elementaren Papeln nicht nachweisen; es entsteht sogleich ein rother Fleck, der sich allmälig vergrössert, dunkler färbt und etwas über das Hautniveau erhebt. Ich habe weiter beobachtet, dass sich dieselben Lichenflecke auch aus in der Heilung begriffenen, bereits abgeflachten Obtusus Papeln herausbilden können, indem diese bei einer neuen Verschlimmerung sich in der Fläche ausbreiten und Planuscharakter annehmen. Und endlich habe ich allen Grund anzunehmen, dass auch aus einer Gruppe von Acuminatus-Papeln im Verlaufe der Zeit eine Planus-Papel sich herausbilden kann. Man könnte daher mit Recht primäre und secundäre Planuspapeln unterscheiden, wenn das die Sache nicht unnöthig complicirte. Der Planuscharakter besteht eben immer darin, dass der Papillarkörper gleichmässig in Mitleidenschaft gezogen wird, während beim Acuminatus und Obtusus die Parakeratose in den Vordergrund tritt und sich hauptsächlich eine Oberhautveränderung dort am Haarbalgtrichter, hier an der Schweisspore herausbildet. Durch verschiedene Betheiligung der histologischen Elemente der Hautoberfläche verändert dieselbe Ursache sofort das klinische Bild. Wie die Entstehung der Planusflecke eine verschiedenartige, so auch ihr Ausgang. Zunächst haben sie das Vorrecht, sich in der Fläche zu vergrössern, was bei den Obtususpapeln nur sehr beschränkt, bei den Acuminatuspapeln gar nicht vorkommt. Sodann hebt sich hin und wieder die Hornschicht in einer oberflächlichen Blase ab. In andern Fällen verhärtet und verdickt sie sich zu einer schwieligen Masse. (Vidal: Lichen corné).

Als letzter Ausgang figurirt wie bei den anderen Formen die medicamentöse Atrophie, welcher ebenfalls eine oft sehr dunkle Pigmentirung nachfolgt. Die Planusefflorescenzen bleiben von allen Lichenpapeln am liebsten isolirt, wachsen und vermehren sich am langsamsten und beeinträchtigen das Befinden für gewöhnlich gar nicht. Aber sie können auch und zwar in reiner Form zu einer schweren, universellen Hautkrankheit werden. Gegen den Lichen planus nützt Arsenik auch viel weniger als gegen den Acuminatus, als Injection noch etwas mehr als innerlich gegeben. Ueber die Schmiercur habe ich noch geringe Erfahrungen, zweifle aber nicht, dass sie bei universellen Formen auch hier das beste Mittel ist. Die gewöhnlich allein vorkommenden isolirten Flecke habe ich mit Quecksilber-Arsenik Pflastermullen, Sublimatcollodium und Salicylcollodium einzeln und ziemlich rasch entfernt.

Ausser diesen drei reinen Formen von Lichen ruber existiren nun noch Uebergangsformen, indem sich *sehr häufig* Lichen obtusus und planus, weniger oft Lichen acuminatus und planus und am seltensten L. acuminatus und obtusus verbinden. Und zwar treten die Formen entweder von vornherein gemischt auf, oder die eine folgt der andern und bildet sich zum Theil aus ihr heraus. Die häufige Vereinigung von Obtusus und Planus hat dazu geführt, beide überhaupt mit einander zu verwechseln. Vieles von dem, was in England und Amerika als Planus bezeichnet worden ist, gehört in der That zum Obtusus. Die reinen Fälle von Planus und die mit Acuminatus verbundenen belehren jedoch genugsam über die selbständige Stellung, die der Planus einzunehmen hat. Ich habe mir deshalb seine Schilderung angelegen sein lassen, die weit von Wilsons erster Schilderung abweicht, in welcher der Obtusus mehr als der Planus getroffen ist. Um in Zukunft alle und jede Verwechselung über diesen Punct zu vermeiden, stelle ich hier noch einmal die verschiedenen Form- und Grössenverhältnisse der drei Arten zusammen.

Acuminatus.	Obtusus.	Planus.
Kegelförmig, zugespitzt.	Halbkegelförmig, abgeplattet.	Flach, tellerförmig.
1—2 Mm. im Durchmesser.	$3\frac{1}{2}$—$5\frac{1}{2}$ Mm. im Durchmesser.	6 Mm. bis 2—4 Ctm. im Durchmesser,
Mit festen Schüppchen bedeckt.	Glatt, ohne Schüppchen, wachsartig durchscheinend.	Oft mit äussert dünnen Schuppen bedeckt.
Ohne Delle.	Mit feiner Delle.	Ohne Delle, mit weissen Puncten.

Und nun noch ein Wort über die vulgären Bezeichnungen der Lichenpapeln und derartiger Efflorescenzen überhaupt. Es hat sich der sehr natürliche Gebrauch eingeschlichen, diese pathologischen Erzeugnisse mit Pflanzensamen zu

vergleichen und die Vergleiche mit Hirsekörnern, Hanfsamen und Linsen erfreuen sich einer grossen Beliebtheit. Wenn es nun schon aus dem Grunde immer eine ziemlich vage Bezeichnung bleibt, weil alle Pflanzensamen je nach der Herkunft und Ernte in der Grösse erheblich variiren, so sind besonders alle diejenigen Bezeichnungen von vornherein für runde Efflorescenzen unzutreffend und eigentlich ganz nichtssagend, die von elliptisch geformten Körnern hergenommen sind. Denn an welchen Durchmesser man sich da halten soll, steht ganz in unserem Belieben. Dieser Hauptvorwurf trifft gerade die Hirsekörner und Hanfsamen, denn die beiden Durchmesser verhalten sich wie 1—1½ (beim Hirsekorn 2 und 3 Mm., beim Hanfsamen 3 und 4½ Mm.). Diese Vergleiche sind also, so häufig sie anzutreffen sind, ganz werthlos. Will man zu rascherer Verständigung sich des Vergleiches allgemein bekannter Pflanzenkörner bedienen, so soll man für runde Eruptionen doch stets runde wählen und hat da etwa folgende Stufenleiter:

	Grenzen.	Durchschnitt.
Rübsamen	1½—2 Mm.	1¾ Mm.
Senfkörner	2 —2½ »	2¼ »
Pfefferkörner	3½—4½ »	4 »
Spliterbsen	4½—5½ »	5 »
Linsen	5 —7 »	6 »

Die Lichenformen würden hienach etwa so classificirt werden können, dass der Acuminatus von Rübsamen- oder Senfkorngrösse, der Obtusus von Pfefferkorn- oder Erbsengrösse und der Planus wenigstens linsengross, oft aber von 4—5fach so grossem Durchmesser ist. Die feinen Papelchen, aus denen der Planus oft, wenn auch nicht immer entsteht, entziehen sich wegen ihrer Kleinheit diesem Vergleichmodus. Die Stecknadelkopfgrösse ist als eine ganz phantastische, von der Mode abhängige Bezeichnung völlig zu perhorresciren. Am besten bleibt es immer, den Millimetermaasstab fleissig zu gebrauchen, besonders in den zukünftigen Arbeiten über Lichen ruber.

Die hier mitgetheilten Beobachtungen werden uns nun in den Stand setzen, in der ziemlich verwickelten Geschichte des Lichen ruber mit schärferem Blicke zu lesen, und ich würde den Haupttheil meiner Aufgabe als gelöst betrachten, wenn es mir gelungen sein sollte, die Hauptdivergenz der Wiener Schule einerseits, der englischen und französischen andererseits an der Hand des hier gegebenen Materials zu vermitteln. Ich wende mich daher jetzt zu einem historisch-kritischen Rückblicke.

Alle Autoren stimmen darin überein, dass F. Hebra zuerst die heutzutage als Lichen ruber bekannte Krankheitsgruppe in der ersten Auflage seines Lehrbuches (1860) kennen lehrte. Wenn wir heute diese ganz vorzügliche und mit der Hebra eigenen Gabe für die Auffassung des Charakteristischen geschriebene Schilderung lesen, so können wir doch nicht umhin zu gestehen, dass sie in mehrfacher Hinsicht einseitig ist. Hebra hatte bei der Schilderung zweifellos nur hochgradige, weil schon längere Zeit bestehende Fälle von Lichen acuminatus vor Augen. Daher nimmt die Schilderung des Endstadiums des Lichen acuminatus als Gesammtleiden der Haut, die Verdickung, Schwerbeweglichkeit, Risse derselben, die Nagelerkrankung, der endliche Marasmus und Tod — einen so dominirenden Platz ein, dass manche spätere Beobachter, die nur leichtere Formen des Acuminatus und die an und für sich stets leichteren des Obtusus und Planus zu sehen Gelegenheit hatten, durch diese düstere Schilderung leicht zu dem Glauben kommen konnten, eine wesentlich andere Krankheit vor sich zu haben. Aber noch in einer zweiten Richtung war das Hebra'sche Bild einseitig. Er zeichnete eben nur die Acuminatusform. Die Einzelefflorescenzen beschreibt er als «hirsekorngrosse, anfänglich getrennt stehende, mit dünnen Schüppchen bedeckte Knötchen.» Da er weder von dem wachsartigen Durchscheinen und einer Delle, dagegen ausdrücklich von einem Schüppchen spricht, so kann er nur die Einzelefflorescenz des Acuminatus gemeint haben, nie die des Wilson'schen Lichen planus, wenn auch das Epitheton hirsekorngross ebenso wenig recht passt als das darauf folgende Symptom, dass sie «wenig Jucken erregen». Wenn die erstere Bezeichnung mehr der Gewohnheit entspricht, die kleinsten Hautefflorescenzen mit einem Hirsekorn zu vergleichen, so deutet das letztere Symptom des geringen Juckens darauf hin, dass Ferd. Hebra damals so ganz frische, foudroyant wie ein acutes Exanthem einsetzende Fälle von Acuminatus noch nicht zu Gesicht bekommen hatte. Die später hinzukommenden Papeln jucken gewöhnlich, schon weil sie langsamer auftreten, nicht mehr in dem Grade und nicht deshalb werden die Papeln (wie Hebra angiebt) nicht blutig gekratzt, weil sie nicht so stark jucken, sondern weil sie im Gegensatz zu Eczempapeln aus einem abnorm derben, trockenen Gewebe bestehen.

Im Jahre 1869 veröffentlichte nun Erasmus Wilson im Journal of cutaneous Medicine (Vol. III) seine Beobachtungen über eine Lichenform, die er zunächst mit vollem Recht als eine noch unbeschriebene Hautkrankheit und als sein geistiges Eigenthum ansehen musste. Die dieses Leiden constituirenden Einzelefflorescenzen werden mit einer ebenbürtigen, classischen Prägnanz als flache, glatte, an der Spitze deprimirte im Umfange eckige, leicht erhabene, eine bis 3 Linien im Durchmesser haltende, von durchscheinender Hornschicht aber nicht von einer Schuppe bedeckte und mit einer Delle versehene, livid-rothe Papeln beschrieben, die eine starke Pigmentirung hinterlassen. Diese Papeln zeigen ausserdem eine Neigung zur Gruppenbildung, welche dem Acuminatus ganz abgeht.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass Wilson die in England und Amerika so häufigen Formen von Lichen obtusus und planus, besonders aber die erstere bei dieser Schilderung im Sinne hatte. Er hielt diese Form für eine Abart des Hebra'schen Lichen ruber und zwar für eine mildere wegen der düsteren Schilderung in Hebra's erster Auflage. In seinen 1873 erschienenen: Lectures on Dermatology constatirt er die Identität der beiden Affectionen, giebt Hebra die Ehre der Priorität und hält sich nur für berechtigt, den Namen der ganzen Gruppe in Lichen planus umzuändern, da der hervorstechendste Charakter die Abflachung des Gipfels sei und nicht die Röthe.

Für uns geht daraus hervor, dass Wilson damals so wenig die grosse, universelle Form des Lichen acuminatus kannte, wie Hebra seiner Zeit die anderen Lichenformen. Aber in der 1874 erschienenen, zweiten Auflage hat Hebra diesen Fehler wieder gut zu machen gesucht. Während Wilson zur selben Zeit, wie die meisten Forscher in England, Frankreich und Amerika, den Lichen acuminatus einfach deshalb noch immer nicht recht zu würdigen wussten, weil sie typische Fälle desselben in grösserer Anzahl nicht zu Gesicht bekamen, hatte Hebra in der Zwischenzeit die platteren und ganz platten Formen, wenn auch nicht im selben Maasse zu studiren Gelegenheit gehabt. Und daher erscheint in dieser zweiten Auflage die Darstellung der Lichengruppe in sehr veränderter Form. An die alte, oben gegebene Schilderung schliesst sich jetzt sofort der Satz: «Die Knötchen erscheinen in zweierlei Form» und als zweite Form wird die Wilson'sche — übrigens seltsamerweise ohne Wilson zu nennen — mit folgenden Worten eingeführt: «In einem anderen Falle sind die Knötchen ebenfalls durchgehends disseminirt und gleichartig hirsekorngross, aber blassroth, von wachsartigem Schimmer, an der Oberfläche glatt, abgerundet (nicht konisch zugespitzt) und in ihrer Mitte mit einer winzig kleinen, aber deutlichen, delligen Depression versehen.» Demgemäss wird die Art der Ausbreitung später auch durch Schilderung der gruppenförmigen Formen vermehrt, die zur Bildung von linsen- bis thalergrossen Plaques führt und bei dieser Gelegenheit schildert Hebra das gar nicht so häufige, aber später durch alle Lehrbücher, gleichsam als typisch zum Ueberdruss wiederholte Verhalten, dass in

einer Gruppe die centralen Papeln atrophisch unter Pigmententwickelung einsinken und die wachsartig durchscheinenden Randpapeln stehen bleiben, so dass der Anblick einer perlenbesetzten Gemmenbroche resultirt. Gewiss haben nicht alle Autoren gerade diese Form so häufig zu constatiren Gelegenheit gehabt, wie es nach ihrer Beschreibung scheinen dürfte. Von Wichtigkeit ist nur, dass Hebra beide Formen bei denselben Individuen beobachtete und dadurch zur Ueberzeugung ihrer *wesentlichen Zusammengehörigkeit* gelangte. Hieraus schloss er, dass auch das Endstadium des Lichen planus das nämliche sei wie das des acuminatus. «Es kommt bei der ersten Ausbreitungsweise früher, bei der zweiten später aber im Verlaufe von Jahren jedenfalls zur Mitleidenschaft der gesammten Allgemeindecke des Körpers.» Ich sage, Hebra *schloss* dies aus der Zusammengehörigkeit, denn beobachtet hat er den Marasmus durch Lichen planus gewiss nicht, da alle englischen und amerikanischen Forscher, die relativ viel mehr Lichen planus gesehen und publicirt haben, hiervon nicht das Geringste zu berichten wissen, sondern im Gegentheil an der Benignität der Planusform festhalten und Hebra andererseits die seltener und nachträglich erst von ihm studirte Planusform viel zu kurz beschrieben hat, um seiner Beschreibung das Vollgewicht derjenigen von Wilson und seinen Nachfolgern Tilbury Fox, Bulkley, Duhring etc. beizulegen. Wenn er einen Marasmus durch Lichen planus wirklich beobachtet hätte, so würde er selbst ihn gewiss als ein Unicum publicirt haben. Ganz charakteristisch für diese nachträgliche Einverleibung des Lichen planus in den Rahmen seines alten Lichen ruber der ersten Auflage ist auch die Charakteristik der Affection in der differentiell-diagnostischen Tafel, welche in beiden Auflagen dem Capitel Lichen einverleibt ist.

Lichen ruber 1860.	Lichen ruber 1874.
Hirsekorngrosse, rothe, discrete, mit wenig Schüppchen bedeckte, nicht excoriirte Knötchen, *nicht gruppenweise stehend*, nicht über die ganze Hautoberfläche zerstreut, gewöhntich nur einzelne Hautpartien, meist an den Extremitäten occupirend.	Hirsekorngrosse, rothe, discrete *oder gruppirte*, mit wenig Schüppchen bedeckte, nicht excoriirte *oder rundliche und gedellte braunrothe*, *wachsartig schimmernde* Knötchen, nicht über die ganze Hautoberfläche zerstreut, gewöhnlich nur einzelne Hautpartien, meist an den Extremitäten occupirend.

Ich habe die für die Einführung des Lichen planus charakteristischen Einschiebungen und Weglassungen beiderseits durch Schräg-Schrift hervorgehoben.

Viel besser für die Weiterentwickelung der Frage wäre es freilich gewesen, wenn Hebra anstatt der etwas gewaltsamen Unterordnung des Planus resp. Obtusus unter den Acuminatus, ohne die wesentliche Zusammengehörigkeit beider aufzugeben, die Wilson'sche Form würdig in sein classisches Lehrbuch als der seinen coordinirt, aber klinisch doch himmelweit verschieden, eingeführt und sein Capitel der ersten Auflage demgemäss vollkommen umgearbeitet hätte. Wie die Sachen nun lagen, konnte man den englischen Forschern nicht Unrecht geben, wenn sie sich ihrerseits an den ihnen geläufigen Planus als Hauptart hielten und über den Hebra'schen schlechtweg «ruber» benannten Lichen sich möglichst unklare Vorstellungen machten. Bei einer solchen sachlich-historischen Auseinandersetzung von Seite Hebra's wäre auch sicher die Differenz schon damals zu Tage getreten, die unter den glatten und platteren Formen existirt und die ich durch die Unterscheidung des Obtusus vom Planus zu fixiren gesucht habe.

Den Grund zu dieser Lücke in der 2. Auflage des Hebra'schen Lehrbuches kann ich nur in der Eigenthümlichkeit der *Wiener* dermatologischen Schule sehen, mit welcher erst jetzt in dem System von Auspitz und dem Lehrbuch des jüngeren Hebra principiell gebrochen ist, fremdländische Schilderungen von Dermatosen nicht als solche hinzunehmen, sondern mit mehr oder weniger Glück in den von Hebra sen. einmal festgesetzten Rahmen hineinzuzwingen. Die Kenntniss der Impetigo contagiosa, Morphaea, Urticaria pigmentosa, des Lichen planus, des Myxödems, der Filariadermatosen etc., die wir ganz allein den Engländern verdanken, macht diese Präponderanz der localen Wiener Erfahrungen auch für das kurzsichtigste Auge heutzutage zu einer ganz unhaltbaren. Gewiss hat Tilbury Fox vollkommen recht, wenn er (Lancet 22. Juli 1876) sagt: «Ich bestehe von Neuem auf der Nothwendigkeit, anzunehmen, dass die Krankheiten ihr Aussehen verändern je nach den verschiedenen Ländern, und dass die deutschen Werke nicht als der genaue Ausdruck der Hautkrankheiten in England angesehen werden können; die englischen Werke werden ebensowenig eine wahre Schilderung der typischen Fälle der Krankheiten enthalten, wie sie sich in der Fremde darstellen.»

Der letztere Forscher, dessen Ansichten noch heute so ziemlich die in England vorherrschenden sein werden, bezeichnet in der 3. Auflage seines Lehrbuches (1873) seinen Standpunct kurz mit folgenden Worten· «Lichen planus kommt in zwei Formen vor, in einer beschränkten und einer universellen. Die erstere entspricht dem Lichen planus von Wilson, die letztere dem Lichen ruber von Hebra», motivirt sodann weshalb er der ganzen Gruppe den Namen Lichen planus beigelegt und schliesst den Absatz mit den Worten: «die Hebra'sche Form ist selten in England, die Wilson'sche ziemlich gewöhnlich».

Hier haben wir den Grundfehler des Auffassung, wie er sich unter den englischen Dermatologen allmälig *entwickelte*; nichts kann falscher sein als diese naive Lösung der Frage wie sie Tilbury Fox geben zu können glaubt. Der Wilson'sche Planus kommt eben so gut in universeller Ausbreitung vor (Fall X) wie der Hebra'sche Acuminatus regionär beschränkt und gutartig auftreten kann (Fall I). *Was beide trennt, ist die klinische Form der Einzelefflorescenz, bedingt durch den histologischen Charakter; was beide gemeinsam haben: die Aetiologie, wie es die klinische Coexiztenz und Metamorphose beider in einander am selben Individuum beweist.*

Der Satz von Fox ist um so auffallender, als er wenigstens drei günstig verlaufende Fälle von Acuminatus selbst gesehen hat und von diesen — abweichend von Hebra — den acuten Beginn und die Prävalenz starken Juckens betont, was ich für meine Fälle ja vollauf bestätigen muss. Und in diesem sei die Affection als eine Eruption miliarer Papeln aufgetreten, die unter Verdickung der fein abschilfernden Haut diese allmälig in ganzer Ausdehnung befallen hätten. Waren diese durchaus nur dem Acuminatus angehörigen Symptome nicht genügend, um ihn zu überzeugen, dass der Unterschied zwischen Planus und Acuminatus nicht bloss durch grössere oder geringere Ausbreitung bedingt sei? (Schluss folgt).

Casuistische Mittheilungen

aus dem ausserstädtischen Hospital.

Von

Dr. A. Selenkow.

1. *Hernia cruralis Littré incarcerata. Perforation. Tod.*

60jährige schlecht genährte Bäuerin im Juni 1884 in die weibliche Abth. aufgenommen wegen Leibweh und Erbrechen, sowie Schmerzen in einer seit Jahren bestehenden wallnussgrossen Geschwulst in der linken Weiche. Stuhlgang frei, Leib nicht aufgetrieben. Nachdem im Laufe dreier Tage neben Abführmitteln mehrfach erfolglose Repositionsversuche gemacht worden, wurde die Pat. in die chirurg.

Abtheilung transferirt. Kein Erbrechen, Stuhl frei, geringe Empfindlichkeit des linken Hypogastriums. Wallnussgrosse Hernia cruralis sin., bei Palpation elastische kleinlappige Beschaffenheit ein wenig Luft und Flüssigkeit enthaltend, welche bei Compression leicht auspressbar sind. Kein Fieber, Puls elend, Leib nicht aufgetrieben, subjective Beschwerden kaum vorhanden. *Diagnose*: irreponibler *Netzbruch*. Verwachsung mit einer Darmwand, welche in den erweiterten, frei zugänglichen Bruchsack hineingezogen worden. *Behandlung* im Hinblick auf den traurigen Kräftezustand und die Bitten der Pat. exspectativ. Eisbeutel. Nach 2 Tagen Pulslosigkeit, Fieber; Abends Tod an Lungenödem. — *Section*: Leib mässig aufgetrieben. Im linken Hypogastrium, handflächengross über die Fossa iliaca sich verbreitend, etwa 1 Unze dicken, geruchlosen Eiters; übriges Peritonäum kaum geröthet. Von der Convexität einer Dünndarmschlinge aus geht ein 6 Ctm langes, an der Basis 2½ Ctm. breites, dünn ausgezogenes Divertikel in den linken Cruralcanal, von wo es trotz Zugänglichkeit des Eingangs sich nicht hervorziehen lässt. An der hinteren Seite des Divertikels nahe am Eingange, noch innerhalb der Bauchhöhle eine erbsengrosse längliche Perforationsöffnung. Keine Speisereste sichtbar. Nach Ausschälung des Bruchsacks, welche leicht gelingt, erweist es sich gleichsam als hohles Lipom, haselnussgross, feingelappt, in dessen innerem Grunde die Spitze des Divertikels fest angewachsen ist und welches sich wie ein Handschuhfinger umstülpen lässt. Die Form des ganzen ist birnähnlich; die Dicke der Wandung verjüngt sich zur Bauchhöhle hin (5—2 Mm.); sowohl Innen- als Aussenfläche sind glatt.

Die Incarceration von Darmdivertikeln ist überhaupt selten. König giebt in seinem Lehrbuche an, nur 2 Fälle gesehen zu haben, von denen der eine durch Perforation letal verlief, der andere durch Herniotomie geheilt wurde. Kochers Versuche haben erwiesen, dass die Einklemmung nur bei Fixation der Spitze im Bruchsack stattfinden kann, womit auch mein Fall im Einklange steht. Das Zustandekommen der Hernie in diesem Fall ist gewiss nur durch Annahme einer vorher bestehenden Verwachsung der Divertikelspitze mit einem subserösen Lipom zu erklären, welches dann durch allmäliges Wachsthum als Hernia adiposa das Darmstück in den gleichzeitig sich bildenden Bruchsack hineingezerrt (Roser) und schliesslich incarcerirt hat. Dass die Perforationsöffnung bei der Section *vor* der Bruchpforte lag, kommt wohl daher, dass nach Ausfluss des Inhalts durch dieselbe, Aufhebung der Incarceration und Erschlaffung des eingeklemmten Darmtheils zu Stande kam, so dass früher im Bruchringe befindliche Theile nunmehr in der Bauchhöhle sich befanden. Durch frühzeitige Herniotomie wäre der Fall zweifellos zu retten gewesen. Leider ist eben die relative Ungefährlichkeit dieses segensreichen Eingriffs, welcher uns in jedem Falle klar in das Wesen der Hernie blicken lässt, so vielen Collegen noch nicht einleuchtend und man zieht allzuoft die gefährlichen Repositionsversuche vor. Da kommt denn der Chirurg oft zu spät.

2. Tuberculöse particlle Zerstörung des Oesophagus. Gastrostomie. Tod.

50jähriger Kanzelleidiener von kräftigem Bau, gutem Ernährungszustande. Aufgenommen 24. April 1882. Bronchitis chron. Pleuritis exsudativa dextra. Später acuter Gelenkrheumatismus mit Exsudation in beide Kniee, welche sich bis in's nächste Jahr hineinzieht. Dabei neuralgische Schmerzen der rechten Schulter. Im Mai 1883 Ueberführung in die chirurg. Abtheilung wegen acuter, tiefer Abscessbildung der rechten Halsseite mit Fieber. Bei der sofortigen Eröffnung ein Esslöffel dicken, geruchlosen, nicht käsigen Eiters unter der tiefen Halsfascie entsprechend der Mitte des sternocleidomast. entleert. Nach 3 Wochen Wunde gut vernarbt. Darauf exacerbirten die neuralgischen Schmerzen der rechten Schulter in einem Gebiete, welches vorn durch die Fossa infraclavicularis, seitlich durch den unteren Theil des Deltoideus, hinten durch die Spina scapulae und die Proc. spinosi, oben durch eine vom 6. Halswirbel horizontal gezogene Linie begrenzt wurde. Der Schmerz lag mehr in den Muskeln als in der Haut, und verfolgte den Kranken beständig, wechselte nur seine Intensität unabhängig von der Tageszeit. Durch Druck auf die afficirten Stellen wurde er nicht verstärkt. Objectiv kein localer Befund. Die Narbe gut beweglich, durchaus unempfindlich. Chinin, Vesicantia. Empl. mercuriale, subcutane Injectionen von 5% Carbolsäure und Morphium, Douchen, Massage übten, durch Monate fortgesetzt, so gut wie gar keinen Einfluss auf die Neuralgie, deren Ursprung durchaus unklar blieb. Die Untersuchung der Lungen ergab während der ganzen Zeit nichts Auffallendes: leichte Dämpfung r. h. von der abgelaufenen Pleuritis, wo auch geschwächtes Athemgeräusch; hie und da catarrhalisches Rasseln ohne Consonanz, bei etwas verschärftem Exspirium. Husten mässig, bei schleimigem Auswurf. Temperatur durchgehend normal. Leber zeigt nichts Abnormes.

Im März a. c. nun begann Pat. über einen brennenden Schmerz in der Tiefe der Brust hinter dem Corpus sterni zu klagen, welcher durch den Schlingact bedeutend verstärkt wurde und manchmal in die rechten Intercostalräume sowie in das rechte Hypochondrium ausstrahlte. Eine kleinfingerdicke Schlundsonde blieb etwa in der Höhe der Bifurcation stehen, eine dünne passirte mit einiger Mühe. Die Untersuchung war schmerzhaft, gab jedoch kein Blut. Im Laufe einiger Wochen verlor Pat. das Vermögen feste, auch erweichte Speisen zu schlingen, welche sofort regurgitirten, und musste sich auf flüssige Nahrung beschränken, wobei aber auch jeder Schluck die Schmerzen hochgradig steigerte. Die Schulterschmerzen liessen in dieser Zeit nach, wurden resp. in den Hintergrund gedrängt. Der Kranke magerte sichtlich ab; die Nahrungsaufnahme wurde zum Quell unsäglicher Leiden. Eine vorgenommene Untersuchung ergab, dass Charrière № 16 nicht mehr passirte. Angesichts der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Carcinom des hinteren Mediastinum, welches die Speiseröhre bald bis zur Undurchgängigkeit schliessen musste und in der Absicht, die Leiden des hoffnungslosen Pat. einigermaassen zu lindern, proponirte ich ihm die *Gastrostomie* und erhielt seine Zustimmung. Den 31. Mai durchschnitt ich in Chloroformnarcose die Bauchwand im Epigastrium parallel dem linken Rippenrande, und nachdem ich mich durch Vorziehen vergewissert hatte, dass der vorliegende Theil der Magen war, vereinigte ich Haut und Peritonäum in der Wunde und fixirte die Serosa des Magens durch einige Steppnähte parallel den Wundrändern. Diese Acte waren durch den noch bedeutenden Fettreichthum der Bauchwand sehr erschwert. Nach Tamponirung mit Jodoformmarly Listerverband. Die Ernährung wurde nun durch Clysmata aus frischem gelöstem Pepton (3 Mal täglich 4 Unzen) unterhalten, welche gut vertragen wurden und kein bedeutendes Hungergefühl aufkommen liessen. Die Wunde blieb vollständig reactionslos, sogar ohne Schmerzen. Eine Woche darauf, am 7. Juni, führte ich den *2. Act* der Operation aus: Incision der Magenwand von 2½ Ctm Länge, Anheftung der Magenwundränder an die Bauchfistelränder und Einführung des Obturators von Dr. Dombrowski[1]). Im Laufe der beiden ersten Tage erfüllte der Apparat vollkommen seinen Zweck; in der dritten Nacht wurde er in einem heftigen Hustenanfall herausgedrängt, so dass der Verband voll von Magencontentum war. Dieser Umstand beweist keineswegs die Untauglichkeit des Obturators und war im gegebenen Falle die Folge der Schlaffheit der Magenwandungen durch acute Gastritis im Verein mit der Abwesenheit jeglicher Narbenzusammenziehung in der Bauchdeckenwunde, welche eher weiter als enger wurde, welk und atonisch aussah. Mehr als ½ Bierglas Flüssigkeit vertrug der Magen nicht; bei weiterem Eingiessen regurgitirte dieselbe durch das Rohr oder wurde bei Verschluss des letzteren per os erbrochen, was wiederum heftige Schmerzen verursachte. Der sich beim Verbandwechsel ergiessende Mageninhalt roch oft faulig, trotz Ausspülung, und die Ernährung des Pat. ging rapid herunter. Weiterhin schloss der Obturator wieder 4 Tage lang gut. Den 16. Juni erwies sich der Verband von galliger Flüssigkeit durchtränkt, welche aus einer neugebildeten Fistel unterhalb der Operationsfistel hervorquoll. Der untere Rand der Scheibe hatte bei dem allmäligen Weiterwerden der Bauchdeckenwunde in dem widerstandslosen hyperämischen Gewebe der Magenwand offenbar Druckbrand bewirkt, und zwar noch im Bereiche der Wunde. Eine über die kleine gelegte grössere Scheibe erwies sich nach 2 Tagen gleichfalls als unzureichend, weshalb ich am 13. Juni die Brücke zwischen den Magenfisteln trennte und die ganze obere Hälfte der Wunde nach Auffrischung vernähte. Die neugebildete Oeffnung diente nun als Fistel und der Obturator war wieder schlussfähig. Unterdessen steigerte sich der Husten, die Dämpfung r. h. wurde intensiver, es traten Consonanzerscheinungen, Bronchialathmen und Fieber auf, während die Expectoration bei dem stetigen Kräfteverfall immer ungenügender wurde. Die Nahrungsaufnahme wurde bald unmöglich, und unter Erscheinungen von Herzschwäche verschied Pat. am 22. Juni.

Section. Beide *Lungen* durch alte Schwarten verbacken. Im oberen Lappen der *linken* ein alter verkalkter dunkelpigmentirter Herd von Hühnereigrösse mit Narbeneinziehungen an der Oberfläche. Im unteren Lappen Oedem. *Rechte Lunge* collabirt wenig, durchweg Hyperämie und Luftarmuth. Oberer Lappen von theils alten, theils frischen pneumonischen Herden durchsetzt, mit bedeutenden Einziehungen und Pigmentirung an der Oberfläche. Die Herde nähern sich der Lungenwurzel, wo sie mit käsig zerfallenen, schwarz pigmentirten Lymphdrüsen in Verbindung treten und hart am Oesophagus unterhalb der Bifurcation in eine mit Detritus erfüllte hühnereigrosse Höhle übergehen, in welche von oben und unten das Lumen des Oesophagus frei mündet, während von der Substanz desselben in der Länge von 5 Ctm. nur etwa 3—5 Mm. Breite erhalten sind. Die Höhle grenzt an die Aorta descendens

[1]) Derselbe besteht aus einem fingerdicken weichen Gummirohr, an dessen einem Ende eine weiche Gummischeibe von 4—5 Ctm. Durchmesser angelöthet ist. Der Apparat wird mit der zusammengekniffenen Scheibe voran leicht durch die Fistel gezwängt und gegen ein über den Verband gelegtes central durchlöchertes Stück Pappe mit Hülfe einer Sicherheitsnadel fixirt. Die Oeffnung wird durch einen gewöhnlichen Kork verschlossen.

5—6 Ctm. unterhalb ihrer Umbiegungsstelle, wo selbst in der Aortenwand ein bohnengrosser verkalkter flacher Herd. Nach hinten hin ist die Substanz des Oesophagus durch einen 4 Ctm. langen, 2 Ctm. dicken in der Längsachse gestellten käsigen Herd ersetzt. Ein ebensolcher Herd liegt vor und unterhalb der gen. Höhle. Unterhalb der Höhle beträgt das Lumen des Oesophagus etwa ½ des oberhalb gelegenen Theiles. Schleimhaut der unteren Speiseröhre und des Magens im Zustande acuten Catarrhs mit Ecchymosen von Hanfkorn- bis Erbsengrösse; Hyperämie mit bläulichem Anfluge; keine Ulcerationen. *Leber* von mittlerer Grösse; Parenchym schlaff, leicht eindrückbar, fettig entartet. *Milz* klein, welk, auf dem Durchschnitt dunkel, zerfliesslich. *Nieren* passiv hyperämisch. *Darm* leer.

Von den Erscheinungen im Verlaufe der Krankheit nimmt die Schulterneuralgie das meiste Interesse in Anspruch. Die Erklärung derselben liesse sich am besten auf die Nähe des Phrenicus und Vagus vom Krankheitsherde im Mediastinum gründen. Der Phrenicus hat ja seinen Ursprung am IV. Cervicalnerven mit Anastomosen vom III. und V. und im Bereiche dieses spielte sich die Neuralgie ab, welche also als reflectirt aufzufassen wäre. Zu Gunsten der Betheiligung des Phrenicus spricht auch die Ausstrahlung der Schmerzen in die Lebergegend und das rechte Hypochondrium. Dieselben Cervicalnerven anastomosiren auch mit dem Plexus nodosus n. vagi. Die nach Incision des Halsabscesses zurückgebliebene Narbe ist wohl kaum bei der Neuralgie zu beschuldigen; sie war nicht tief genug, um die Nerven zu schädigen und war, wie gesagt, vollständig beweglich und unempfindlich.

Was nun den Charakter der Oesophagusaffection betrifft, so war ihre *Diagnose* im Leben fast unmöglich gemacht, 1) durch die dauernde Fieberlosigkeit während ihrer Entwickelung, 2) durch ihr ganz exceptionelles Wesen. In der Literatur fand ich ausser einer Mittheilung von Penzoldt[1]) über 3 Fälle von Perforation des Oesophagus durch spondylitische Abscesse, wobei Oeffnungen von 0,5—1 Ctm. Durchmesser entstanden, Nichts ähnliches. Eine Zerstörung von dem beschriebenen Umfange scheint aber noch nicht beobachtet worden zu sein. Der vollständige Misserfolg der Gastrotomie nach ihrem 2. Act erklärt sich leicht durch das beständige Herabströmen von Eiter und Detritus in den Magen, welches keine Narbenbildung in der Fistel aufkommen liess und durch die acute Gastritis, welche im Verein mit der frischen Affection der rechten Lunge den rapiden Kräfteverfall bewirkte.

3. Colossales Aneurisma spurium arterioso-venosum der Femoralgefässe.

Ca. 70jähr. geistig und leiblich decrepider Greis, aufg. 18. Mai 1884. Liegt meist apathisch da, antwortet schwer auf Fragen, da er sein Gedächtniss fast eingebüsst hat. Meint vor etwa 10, vielleicht auch 20 Jahren bei der Arbeit in der Süsterbeck'schen Gewehrfabrik durch ein abgesprengtes Eisenstück eine Stichverletzung an der inneren vorderen Seite der Mitte des r. Oberschenkels erhalten zu haben, welche starke Blutung gab und durch comprimirende Verbände geheilt wurde. Bald darauf habe sich an der entsprechenden Stelle eine pulsirende Geschwulst zu bilden begonnen, welche besonders in letzter Zeit schneller zu wachsen und ihn durch ihre Schwere zu incommodiren angefangen habe. — An der vorderen inneren Seite der Mitte des r. Oberschenkels präsentirt sich eine flach aufsitzende, konisch spitz zulaufende, regelmässig und stark pulsirende Geschwulst. Sonst von normaler Haut bedeckt, trägt sie an ihrer Spitze eine etwa 1 Ctm. messende, rundliche weisse Narbe. Dadurch erinnert die Form des Ganzen noch mehr an eine Frauenbrust. Der Umfang der Basis beträgt 37, die Höhe etwa 8 Ctm., welche Maasse sich bei Digitalcompression der Art. cruralis auf 32, resp. 5 Ctm. reduciren. Die zwei lateralen Drittel der Geschwulst erscheinen von dem medialen durch eine seichte Furche getrennt, welche der Richtung des M. sartorius entspricht. Die Wandungen dieses zweifellosen Aneurysma sind mit Ausnahme des oberen Theiles, welcher nur aus Haut besteht, von beträchtlicher Dicke, offenbar von den Muskeln gebildet. Die Geschwulst ist in toto mit der Musculatur frei beweglich. Die Arter. cruralis ist weiter, als die der linken Seite, beide, sowie auch die Radialis sind hochgradig atheromatös. Puls an der Tibial. post. nicht fühlbar. R. Bein wenig kühler als linkes, ohne cyanotisch zu sein. Im Uebrigen allgemeine Schwäche; chron. Bronchialcatarrh. Angesichts der atheromatösen Entartung und des elenden marastischen Zustandes des Kranken, sowie der geringen Beschwerden, welche durch das Aneurysma verursacht wurden, sah ich von einer Radicaloperation ab, welches wohl nur zu Gangrän oder Nachblutung geführt hätte. Von der Digitalcompression, deren methodische Durchführung in unseren Hospitalsverhältnissen kaum möglich ist, war auch nicht viel zu erwarten, da die Anfüllung einer so grossen Höhle mit Blutgerinnseln gewiss zu Entzündungserscheinungen geführt hätte. An eine Restitutio ad integrum war keinenfalls zu denken; so beschränkte ich mich denn auf Beobachtung. Den ganzen Sommer verbrachte Pat. leidlich; gegen Mitte August stellten sich Schmerzen in der Geschwulst ein, während dieselbe sich an der Basis zu röthen und zu vergrössern begann und die Pulsation schwächer wurde.

Umfang der Basis 42, Höhe 10 Ctm. Mitte October Pat. bettlägerig, kein Appetit, Stuhl unter sich. Maasse: 54 Ctm., 14 Ctm. Haut über der Basis roth, infiltrirt, ödematös, sehr schmerzhaft; keine Pulsation. 22. Oct.: 62 Ctm., 15 Ctm. 25. Oct. Tod. — Bei der *Section* erwies sich in der Umgebung der Basis gelbliches trübes Oedem des gesammten Bindegewebes bei leichtem Oedem des Unterschenkels. Die Geschwulst wurde in toto mit den grossen Gefässen aufgeschnitten. Nach Längsspaltung der letzteren erwies sich in demselben nur frisches dünnes Coagulum; Querumfang der Arterie unterhalb des Poupart'schen Bandes 3 Ctm., am Anfang der Geschwulst 2,5, in der Mitte 2 und am Ende 1,4 Ctm. Der Mitte der Geschwulst entsprechend befindet sich eine etwa 1 Ctm. im Durchmesser haltende ovale Oeffnung, welche sowohl Arterie als Vene betrifft, einen vollständig mit Intima ausgebildeten glatten Ring bildet und direct in die aneurysmatische Höhle mündet. Den Inhalt der letzteren bilden Massen von Blutgerinnseln, zusammen über 4 Pfd. wiegend, welche zum Theil fest an der Wandung adhäriren. Das Innere der Höhle ist nahe an der Oeffnung in der Grösse eines silbernen Rubels von ganz glatten, eine wirkliche Membran vortäuschenden dünnen Fibrinschichten ausgekleidet, im Uebrigen uneben, villös, an einer Stelle, durch flache Kalkablagerung, hart, brüchig. An der Spitze beträgt die Dicke der Wand nicht mehr als 2—3 Mm. Die dünnste Stelle entspricht der Narbe. Der Umfang der Höhle an der Innenseite gemessen, beträgt in der Querrichtung ca. 30, in der Längsrichtung ca. 40 Ctm., ihr Cubikinhalt also fast 1 Liter. Arterien von der Iliaca communis aufwärts nicht mehr atheromatös. Herz gross, linker Ventrikel concentrisch-hypertrophisch, sehr eng, bei einer Wanddicke von 3—4 Ctm. Muskeln fest.

Der Fall schien mir in Bezug auf Dauer und Grössenverhältnisse zu den Seltenheiten zu gehören. Die allmälig sich entwickelnde Herzschwäche bewirkte vollständige Gerinnung des Blutes im Aneurysma und der *Ausschluss* einer so grossen Blutmenge aus der Circulation beschleunigte sicher den Tod des ohnehin decrepiden Greises. Die methodische Compression der Arterie hätte gewiss dasselbe Resultat gehabt. Die Unterbindung der Arterie hätte Nichts genützt, da ja auch die Vene betheiligt war; der Unterbindung beider wäre wohl zweifellos die Gangrän der Extremität auf dem Fusse gefolgt. Es freut mich, dass der weitere Verlauf (Entzündung des Zellgewebes) und die Section die Voraussetzungen bestätigt haben, welche von vornherein meine Operationslust in Schranken hielten. Verführerisch genug war es freilich und nicht Jeder hätte vielleicht der Versuchung widerstanden, «da ja der Pat. *doch* verloren war». Mich hielt eben dieses Argument vom Operiren ab und bewog mich mit dem Seciren vorlieb zu nehmen.

Die bezüglichen 3 Präparate sind im Allgem. Verein St. Petersb. Aerzte von mir demonstrirt worden.

Referate.

Tenneson: Ueber die Behandlung der Blattern mit Aether und Opium. (Bullet. de thérap. 30 juillet 1884).

Verf. versuchte die von Ducastel empfohlene Behandlung (1 Mal täglich Injection einer vollen Spritze Schwefeläther und 0,15—0,20 Extr. opii in 24 Stunden innerlich) in 11 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge. In den günstigsten Fällen bleiben die Eruptionen Papeln, welche auf ihren Kuppen kleine miliäre, in 2—3 Tagen eintrocknende Pusteln tragen, und ohne in der Peripherie eine Anschwellung hervorzubringen, mehrere Wochen lang nach dem Fieberanfall fortbestehen. Bei andern Kranken oder an andern Stellen verbreitert sich die Pustel ohne dass das Derma anschwillt und bildet sich in eine hornartige, hellkaffebraune Lamelle um, endlich noch in anderen Fällen bei reichlichem Ausschlage bildet sich eine gleichförmige Anschwellung, die Pusteln geben eine kleine honigartige Kruste; nach 2—3 Tagen schwindet die Anschwellung und fallen die Krusten ab.

Die Nadel der Injectionsspritze wurde jedes Mal vor dem Gebrauche mit 5 % Carbolsäurelösung benetzt und nicht abgewischt. das Opium in Pillen zu 0,10 Morgens und Abends.

Aus den Krankengeschichten ist eine Abkürzung des Fieberverlaufes ersichtlich. Hz.

---

[1]) Centralbl. f. Chirurg. 1882. № 31.

Prof. M. Nencki (Bern): Ueber die chemische Zusammensetzung der Anthraxbacillen. (Gaz. lek. № 34).

Vor 4 Jahren veröffentlichte Verf. im *Journ. f. prakt. Chemie Bd. XV* die chemische Zusammensetzung der Fäulnissbacterien und zwar betrugen die Eiweisstoffe 86 %, Fett 8 %, Asche 4 % und Cellulose 2 %. Man sieht also, dass der Körper der Bacterien zum grössten Theil aus Eiweissstoffen besteht. Den grössten Theil (über 90 %) dieser Eiweissmasse bildet ein eigenthümlicher Eiweisskörper, vom Verf. damals *Mykoproteïn* genannt, welcher durch 3 % Kalilösung aus den Fäulnissbacterien ausgezogen wird. Mykoproteïn löst sich leicht in Alkalien und Säuren. Charakteristisch ist aber, dass aus den sauren Lösungen durch einen geringen Zusatz von Kochsalz Mykoproteïn niedergeschlagen wird. — Verfasser war sehr erstaunt, als er bei den Anthraxstäbchen nur minime Spuren dieses Eiweissstoffes fand. Den Hauptbestandtheil der Eiweissstoffe bei Anthraxbacterien bildete ein Proteïn, welches dem Mucin nahe steht. Es löst sich in Alkalien, ist aber in Säuren absolut unlöslich. Verf. giebt diesem Stoffe den Namen *Mykomucin*. Er meint dass durch die chemische Analyse uns vielleicht neuere mächtige Mittel geboten werden könnten die morphologisch identischen Formen von Bacterien zu differenziren. Die Kenntniss der chemischen Zusammensetzung wird uns vielleicht darüber aufklären, warum eine Bacterienart parasitär und schädlich ist, und die andere als Saprophyt vegetirt. Jedenfalls ist diese Entdeckung der verschiedenen chemischen Zusammensetzung bei saprophytären und parasitären Bacterien von eminenter Bedeutung. Ziemacki.

Garnerus in Sachs. Schwarzenberg: Geheilter Fall von Diabetes mellitus und insipidus bei einem Säugling. (Deut. med. Woch. 1884. 43).

Der erblich nicht belastete Knabe, 4. Kind der durchaus gesunden Eltern, bot unmittelbar nach der Geburt bis auf einen gewissen Grad von Polyurie keinerlei krankhafte Erscheinungen dar. Körpergewicht 7½ Pfd. Trotz des gierigen Appetites nahm das Kind stetig ab. Durch die Angabe der Mutter, dass das Kind 20 bis 24 Windeln in 24 Stunden nass mache, aufmerksam geworden, untersuchte G. endlich im 2. Lebensmonate den Urin; eine quantitative Bestimmung wurde gar nicht gemacht; die qualitative ergab nach der Intensität der honiggelben Fällung von Kupferoxydul zu urtheilen (sehr trügerisch! Ref.) einen ziemlich bedeutenden Zuckergehalt. Das spec. Gew. nur 1008. Bouillon mit Ei, Bassermannsches Klebermehl wurden schlecht vertragen; gingen unverdaut durch. Bei der Bouillonnahrung aber war der Zucker geschwunden; vorübergehende Milchdiät brachte ihn sofort wieder zum Vorscheine. Polyurie trotzdem hochgradig, das Kind macht 25 bis 30 Windeln nass. Therapeutische Maassnahmen (Valerianaintus, arsenige Säure) schlugen fehl, nur *Secale* wirkte günstig, wurde aber schlecht ertragen. Das nun 10 Wochen alte Kind wiegt kaum sechs Pfund. Um nun die natürliche Säuglingsnahrung möglichst nachzuahmen und zugleich den Milchzucker auszuschalten, gab G. dem natürlichen Gährungsprocess unterworfene saure Milch mit entsprechendem Glycerinzusatz oder Mannit (1 : 3 aufgekochtes Wasser). Das Kind wurde momentan ruhig; Faeces verdaut, das Körpergewicht nahm rapide und stetig zu. Zucker schwand, nur die Polyurie hielt noch 6—8 Wochen an. Auf der *Zunge* entwickelte sich eine Art von Psoriasis linguae. (Leukoplakia! Ref.). Specif. Gew. 1,000. Auch der Durst verlor sich. Das Kind ist jetzt 29 Wochen alt und als nach jeder Richtung normal anzusehen. Gewicht 13 Pfund. Der Process ist jedenfalls congenital. (Nach meinem Dafürhalten kann man hier nicht von zwei Processen reden; es scheint — vorausgesetzt dass es wirklich Zucker war, was G. nachgewiesen — ein temporärer Diab. mellit. gewesen zu sein, dessen Erscheinungen viel zu lange nicht gewürdigt wurden und wo *ein* Symptom, die Polyurie, noch eine Zeit anhielt. Die Polyurie allein rechtfertigt noch nicht die Diagnose: Diab. insipid. Ref).

Dr. Hertzka-Carlsbad.

Prof. Hugo Schulz: Ueber den therapeutischen Werth des Arsens. Vortrag gehalten auf der Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirkes Stralsund am 14. Juni 1884 zu Greifswald. (Deutsche Med. Wochenschrift № 29. 1884).

Verfasser weist in seinem Vortrage auf die beiden Seiten in der Wirkung des Arsens hin, nämlich die zerstörende und die anregende, je nach dem Mengenverhältniss. Lässt man Arsensäure (As_2O_5) auf salzsaures Anilin und chlorsaures Kali einwirken, so oxydirt sie einen Theil des salzsauren Anilin zu Anilinschwarz und wird selbst zu arseniger Säure (As_2O_3), entzieht dem sauerstoffliefernden chlorsauren Kali einen Theil des Sauerstoffes und wird wieder zu Arsensäure. Analog diesem Vorgange findet im Organismus eine Umsetzung der Arsensäure in arsenige Säure und umgekehrt statt. — Im lebenden Organismus verwandelt sich die arsenige Säure auf Kosten der auf reichliche Sauerstoffzufuhr angewiesenen lebendigen Zellen zu Arsensäure. Diese giebt ihren Sauerstoff sehr leicht ab, wobei sie zu arseniger Säure wird. Somit gehen Oxydation und Reduction im Organismus vor sich unter der Betheiligung der lebenden Zellen. Dabei wird ihr Aufbau geschädigt, wie die fettige Degeneration der Leberzellen und Entzündungserscheinungen der Magen- und Darmschleimhaut bei an Arsenik Vergifteten es darthun. Vor Allem sind es die Elemente der Drüsen, der Nervensubstanz und die gewisser aus ihnen hervorgehender pathologischer Gebilde, die der Wirkung des Arsens ausgesetzt sind. Die Anwendung der Arsenpasta und deren zerstörende Wirkung wird an Lupusknoten deutlich wahrgenommen. Von den malignen Geschwülsten sind es die Lymphome, deren abnorm sich entwickelnde Zellen durch parenchymatöse Injectionen oder innerlichen Gebrauch von Arsen schwinden (Billroth, Mosler). Ferner beeinflusst das Arsen gewisse Nervenleiden und schliesslich wirkt es gut bei Malaria und perniciöser Anämie. Im ersteren Falle wirkt es dann, wenn Chinin wirkungslos bleibt, und nach Padley soll das Arsen bei idiopatischer perniciöser Anämie, wo das Eisen nicht hilft, gute Wirkung haben und sich sogar zur Differentialdiagnose verwerthen lassen. In kleinen Mengen hebt das Arsen bekanntlich den Stoffumsatz, wie die vermehrte Harnstoffausscheidung es darthut. Zum Schluss hebt Verf. noch hervor, wie verfehlt es sei, bei Lungenphthisis Arsen zu geben, was die klinische Erfahrung auch vollauf bestätigt hat. L—s.

A. Wins: Ein Fall von Diphtherie à forme prolongée. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1883. pag. 314).

Wins beschrieb einen von den seltenen aber interessanten Fällen von Diphthérie à forme prolongée, auf die zuerst Cadet de Gassicourt aufmerksam gemacht hat. Ein 6jähriges Mädchen erkrankte am 12. Jan. 1884 mit Fieber und Halsschmerzen. Anfangs bot der Rachen das Bild einer einfachen catarrh. Angina dar. Am 3. Tage zeigten sich Beläge auf der linken Mandel, die am folgenden Tage sich auf den ganzen weichen Gaumen ausbreiteten. Die Submaxillardrüsen waren geschwellt. Der Verlauf war ein gutartiger und am 12. Tage hatte sich der Pharynx vollkommen gereinigt. Auf der Höhe der Krankheit zeigte sich auf der Schleimhaut der unteren Lippe ein diphtherischer Plaque etwa 2 □C. gross. Am nächsten Tage traten in der Umgebung der Plaque 2 neue auf. Nach 6 Tagen waren diese diphth. Plaques geschwunden, es traten aber wiederum neue auf und so zog sich der Process bis zum 28. März hin, wo der letzte Plaque schwand und weiter keine neuen auftraten. Der Process hatte also 70 Tage gedauert. L—n.

Prof. Schroetter: Ueber das Vorkommen von Fettgewebe im Larynx. (Monatsschr f. Ohrenheilk. № 6).

Vrf. theilt eine genaue Krankengeschichte eines Falles von lipomatösen Polypen am Kehlkopfe mit, eine Beobachtung, die einmal durch die Grösse des entfernten Neugebildes, andererseits dadurch, dass es überhaupt der 2. bis jetzt beobachtete Fall ist, endlich dass damit eine Bestätigung der Ansicht gegeben ist, der Art Bildungen entständen aus dem submucösen Gewebe, von grösstem Interesse ist.

Im Verlaufe von mehr als 5 Jahren entwickelte sich ein Lipom, das mit «breitem bandartigem Stiele am linken Rande der Epiglottis, gegen die linke vallecula zu, und in diese einen selbstständigen Zapfen hineinsendend, am Lig. pharyngo-epiglotticum, an der seitlichen Rachenwand und endlich nach der ganzen Länge der aryepiglottischen Falte aufsitzt, weich ist, so dass die Diagnose sofort festgestellt werden kann, und nach der Entfernung 11 Gramm an Gewicht bei einer Länge einzelner Fortsätze von 3—7 Mm. und einer Breite von 12 Mm. aufwies. Die mikroskop. Untersuchung, von Dr. Paltauf ausgeführt, erwies ein Lipom des submucösen Zellgewebes. N.

Stephan (Ilsenburg): Ueber eine vielleicht unbekannte Methode, die Körpertemperatur bei Fieber herunterzusetzen. (Allg. Med. Centr. Ztg. № 87).

Das Mittel zur Temperaturerniedrigung ist der Eisbeutel, und das Neue an der Methode ist die Wahl der Applicationsstelle, nämlich der Hals. Vf. will denselben mit 1 oder 2 Eisbeuteln so umlegen, dass sie genau der Haut anliegen und auch die Supraclaviculargegenden mit bedecken. Da am Halse sich eine grosse Menge oberflächlich gelegener Blutgefässe befindet, so meint Vf. dass dies auch der geeignetste Ort sei um direct abkühlend auf das Blut zu wirken, und findet diese Meinung bestätigt durch einige Versuche die er angestellt hat, bei denen in der That nach 3stündiger Application die T. um 1—1,5° C. sank, und zwar am Abend, wo doch sonst die T. zu steigen pflegt. Bei den so behandelten Typhuskranken kam es nur selten zu gefahrdrohenden Temperaturen, namentlich schien auch der Einfluss dieser Behandlung auf das Sensorium ein günstiger zu sein. Nur wünscht Vf. die Halseisbeutel möchten anders geformt sein um bequemer dem Halse adoptirt werden zu können. —t.

W. Nebykow: Altes und Neues über Trichinen in Russland. (Wratsch №№ 34—35).

Bekanntlich ist erst 1860 die wahre Bedeutung der Trichinen für den Menschen von Zenker dargelegt worden, seit dieser Zeit hat man in fast allen Ländern den Nachweis ihrer Existens liefern können. In Russland war Prof. Rudnew der Erste, welcher 1865 in Petersburg in einer Leiche Trichinen fand. Die erste wohlbeobachtete Gruppenerkrankung kam in Petersburg 1873 vor. 1874 trat in Moskau eine Trichinenepidemie auf, wobei ca. 60 Personen erkrankten, jedoch keiner starb. (Die letzte Gruppenerkrankung in

Petersburg 1881, sowie die Rigaer Epidemie scheinen dem Vf. unbekannt). In *Jarosslawl* hatte Prof. Krylow bereits 1866 Trichinen in Ratten gefunden, desgleichen Ladin 1875 in Charkow, Ebenfalls 1875 untersuchten Vf., Alexandrow und Favre in Charkow 3910 Schweine und fanden in 5 derselben Trichinen, also bei 1 : 782.

Der erste in Südrussland constatirte Fall von Trichinose kam 1876 in der Charkower Klinik vor, wo Prof. Krylow lebende Trichinen bei einer unter den Symptomen von Puerperalfieber Verstorbenen fand. Im laufenden Jahre endlich hat Vf. gemeinsam mit den Collegen Semenow und Washenow in *Nowo-Tscherkask* (im Lande der Don-Kosaken) eine Gruppenerkrankung an Trichinen beobachtet, bei welcher 9 Personen, darunter 4 Aerzte, erkrankten, jedoch Alle genasen. In Folge dieser Erkrankungen wurde eine Untersuchung sämmtlicher Wurstläden vorgenommen, wobei 843 Schinken, 748 Schinkenwürste, 17 Schweine untersucht wurden. Man fand 7 Mal Trichinen und zwar in 3 Schinken und 4 Schinkenwürsten, die von 3 Schweinen stammten. Das Verhältniss stellte sich so, dass auf je 288 gesunde ein trichinöses Schwein kam.

In Petersburg, wo seit 1880 auf dem Schlachthofe eine obligatorische Fleischschau eingeführt, fand Isotow vom 31. Mai 1882 —1. Januar 1883 unter 17,631 Schweinen 2,137 Schinken 45 Mal Trichinen, also 1 : 394,8. Dagegen waren 1883 unter 27,913 Schweinen — 35 trichinös, somit 1 : 797.

Hieraus schliesst Vf., dass die Trichinen in Russland noch häufiger, wie in Deutschland vorkommen und plaidirt für die obligatorische Fleischschau im ganzen Reiche und proponirt besondere Curse für Feldscheerer und Privatpersonen einzurichten, um sie mit der Trichinenuntersuchung bekannt zu machen. P.

Landreuter: Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung auf Geisteskranke. (Arch. f. Psychiatr. XV, 1.)

Verf. hat in der Irrenanstalt zu Dalldorff im Verlaufe von 8 Monaten an 40 Kranken 300 genaue Versuche mit den beiden Mitteln angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen. Das Paraldehyd ist ein recht zuverlässiges Hypnoticum, und ruft es auch nicht immer Schlaf hervor, so beruhigt es doch öfter als das Chloralhydrat und sind Misserfolge sehr selten, doch muss, damit es seine volle Wirkung entfalte, um den Kranken völlige Ruhe herrschen. Das Paraldehyd ist besonders bei den mit Verdunkelung des Bewusstseins verbundenen Irreseinsformen, bei epileptischen, schwermüthigen Zuständen und in einigen Formen der progressiven Irrenparalyse angezeigt. Die mittlere wirksame Gabe des Paraldehyds ist 5,0—6,0, der Schlaf tritt gewöhnlich nach 5—10 Minuten ein und dauert ungefähr 2, in der Nacht 7—8 Stunden. Es wirkt augenscheinlich hauptsächlich auf das Gehirn ein, Verf. hat nie irgendwelche Störungen der Circulation und Respiration gesehen, auch wurde selbst bei längerem Gebrauche der körperliche Zustand der Kranken in keiner Weise alterirt. Das Paraldehyd wirkt rascher und selbst in grossen Gaben ungefährlicher als das Chloralhydrat, und kann auch bei Herzfehlern gebraucht werden, doch ist es in seiner Wirkung etwa um $\frac{1}{3}$ schwächer, kostet mehr und riecht schlechter als das Chloralhydrat; dieses wird durch das Paraldehyd in den Fällen ersetzt, wo es nicht mehr wirkt oder eine rasche Wirkung erforderlich ist. Das Acetat wirkt dem Paraldehyd ähnlich, nur hat es sehr unangenehme Nebenwirkungen, wie schlechten Geschmack, durchdringenden Geruch und bringt allgemeine Schwäche, Schmerzen bei der Harnentleerung u. a. hervor.

L. schlägt folgende Formel vor: Rp. Paraldehydi 50,0, Ol. Menth. piperit. gtt. 10, Olei Olivarum q. s. ad vol. 100 Cc; je 10 Tropfen enthalten 5,0 Paraldehyd. Hz.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber die humanitäre und wissenschaftliche Bedeutung kleiner Gebärasyle nebst einem Bericht über die Vorkommnisse in dem Gebärasyle des Verfassers von Dr. O. v. Grünewaldt. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884.

— Transactions of the medical and chirurgical faculty of the state of Maryland. 86. annual session. — Baltimore, 1884.

— Annual report of the board of regents of the Smithsonian Institution for the year 1882. — Washington, 1884.

— Die Kopfschmerzen, ihre Natur, Ursachen und Behandlung von W. Day. Nach der IV. amerikanischen Aufl. übersetzt und herausgegeben von Dr. F. Trussewitsch. — St. Petersburg, 1885. (Russ.)

— Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth von Dr. F. Penzoldt. A. d. Deutschen übersetzt von Dr. G. Szapiro. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau, mit den Sitzungsprotokollen der Gesellschaft als Beilage für das II. Halbjahr 1883. — Moskau, 1884. (Russ.)

— Die Mineralquellen, die Schlamm- und Seebäder Russlands und des Auslandes. Ein Führer zu den Curorten von L. Bertenson und N. Woronichin. III. Aufl. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— Grundzüge der Pathologie und Therapie des Wochenbettes von Dr. H. Fritsch. — F. Enke, Stuttgart, 1884.

— Die Eileiterschwangerschaft. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie derselben von Dr. J. Veit. — F. Enke, Stuttgart, 1884.

— Klin. Mittheilungen aus der ersten geburtshülflich-gynäkologischen Universitätsklinik in Budapest über die Jahre 1874—1882 mit kurzer Uebersicht über die Jahre 1869—1874 herausgegeben von Dr. Th. v. Kézmárszky. — F. Enke, Stuttgart, 1884.

— Mimicismo ó neurósis imitante, estudio crítico por J. Armangué y Tuset con un prólogo de J. Giné y Partagás. — Barcelona, 1884.

— Bestimmung des physikalischen Baues des Auges. Experimentelle Studien von Dr. Schöler. (Sep. Abd. a. d. «Archiv f. Ophthalmolog.» XXX. H. III.)

— Arsenal chirurgical de la maison C. Walter-Biondetti. — Bale, 1884.

— Ueber den Mechanismus des menschlichen Ganges und die Beziehungen zwischen Bewegung und Form von C. Boegle. — Th. Ackermann, München, 1885.

— Disorders mistaken for hydrophobia by Ch. Dulles. (Sep. Abd. a. d. «Transact. of the med. society of the State of Pennsylvamia» 1884). — Collins, Philadelphia, 1884.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 29. August 1884.

1) Dr. Zwingmann demonstrirt 2 Exemplare des von Cohn angegebenen Stativs zur Verhinderung der Myopie bei Schulkindern.

2) Dr. Schultz hält einen Vortrag: Zur Einberufung im Canton Riga 1883. Resultate der Besichtigung der zur Ableistung der Wehrpflicht Einberufenen und Demonstration dieser Resultate in graphischen Darstellungen. (Wird ausführlich veröffentlicht).

Es wurden neu besichtigt 337 junge Männer, darunter

Deutsche	155	= 40,05 %
Russen	83	= 24,62 %
Letten	48	= 14,24 %
Polen	12	= 3,56 %
Esten	1	= 0,29 %
Juden	58	= 17, 7 %

von diesen wurden

eingestellt	155 Mann	= 45,99 %
auf 1 Jahr zurückgestellt	47 »	= 13,94 %
der Landwehr zugezählt	77 »	= 22,85 %
für untauglich befunden	58 »	= 17,21 %

Von 100 Besichtigten jeder Nationalität wurden

	Deutsche	Letten	Russen	Juden
eingestellt	32,59 %	66,66	56,62	43,10
zurückgestellt	14,81 %	12, 5	15,66	10,34
der Landw. zugezählt	34,08 %	8,33	13,25	24,13
dienstuntauglich	18,51 %	12,45	14,45	22,41

Dass die Tauglichkeitsziffer der Deutschen unter derjenigen der Juden, erklärt sich daraus, dass die Instructionen für die Wehrpflichtscommissionen die Anforderungen an die Körperconstitution für Einberufene mosaïscher Confession niedriger stellt, als für Christen. Bei Juden ist Einstellung noch möglich, wenn der Brustumfang um $\frac{1}{2}$ Werschok (= 22,2 Mm.) geringer als die halbe Körperlänge, während bei Christen ein Ueberschuss des Brustumfanges von $\frac{1}{4}$ Werschok (= 11,1 Mm.) über die halbe Körperlänge erforderlich ist.

Berechnet man den mittleren Brustumfang für einzelne Gruppen, die nach der Körperlänge geordnet von der geringsten zulässigen Körperlänge beginnend zu $\frac{1}{2}$ Werschoks aufsteigen und bildet man aus diesen Zahlen Curven in einem Coordinatensystem (dessen Abscissen die einzelnen Wuchsgruppen, die Ordinaten die Werthe für den Brustumfang sind), so ergiebt sich, dass der Brustumfang aller Besichtigten sich in den niederen Gruppen hoch über dem halben Maass der Körperlänge hält, in den mittleren Gruppen sich der halben Körperlänge nähert, um in den höheren Gruppen unter derselben fortzulaufen. Im Einzelnen bleibt der mittlere Brustumfang der Letten fortwährend über dem für Christen normirten Brustmaasse, die Curve der Deutschen sinkt bereits bei den Mittelgruppen unter die halbe Körperlänge, um sie nicht mehr zu erreichen. Endlich bei den Juden sinkt die Curve schon in der 4. Wuchsgruppe (36 Werschok bis $36\frac{1}{2}$ Werschok) unter das halbe Körpermaass, um es nicht wieder zu erreichen. Es erscheint also die Forderung, nur solche Männer christl. Religion einzustellen, deren Brustumfang den halben Wuchs überragt, leicht erfüllbar für Einberufene vom Körperbau der besichtigten Letten, auch noch für die Russen, während Deutsche von hohem Wuchse schon des gracilen Körperbaues wegen dienstuntauglich erscheinen. Die Vorschrift, bei jedem Einberufenen das Brustmaass zu nehmen, ist werthvoll als ein Mittel, auch dem Laien einen Beweis für die Taug-

lichkeit des Untersuchten zu geben, aber einem gewissen Schematismus ist dabei Thor und Thür geöffnet. Eine genaue physikal. Untersuchung der Brustorgane dürfte entschieden richtigere Resultate ergeben.

Dr. Holst bemerkt, das Messen des Brustumfanges sei ein schlechtes Kriterium für die Wehrtüchtigkeit, es setze nicht nur Uebung des Untersuchers voraus, sondern könne derselbe auch durch Schliche des zu Untersuchenden hintergangen werden.

Dr Boehlendorff: um eine ruhige Athmung zu beobachten, lasse man den zu Besichtigenden in der Regel während Abnahme des Brustmaasses bis 20 zählen. Er wisse kein objectiveres Kriterium zu proponiren, stimmt übrigens Dr. Schultz darin bei, dass nach der Instruction für grosse Männer ein zu grosses Brustmaass verlangt wird.

Dr. Schultz betont nochmals, dass genaue Percussion und Auscultation, eventuell die Bestimmung der vitalen Lungencapacität eine gerechtere Entscheidung bringen werde. Nach den jetzigen Bestimmungen wird die Lunge nur bei darauf gerichteten Klagen untersucht. Secretär: Dr. Mercklin.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 23. Januar 1884.

Dr. Lingen hat, angeregt durch die Abhandlung von Wahl in den Volkmann'schen Vorträgen über Fracturen der Schädelbasis, in letzter Zeit mit mehr Aufmerksamkeit derartige Fälle untersucht und mehrfache Analogien mit den von Wahl beschriebenen Fällen gefunden. Wahl schliesst seine Abhandlung mit folgenden Sätzen, nachdem er ausführlich die Resultate des Experiments mit den klinischen Erfahrungen und den Sectionsbefunden verglichen hat:

1) Es giebt nur 4 Typen der Basisbrüche, nämlich Quer-, Längs-, Diagonal- und Ringbrüche, von denen die ersten 3 den indirecten oder Berstungsbrüchen, die letzteren dagegen den directen oder Zertrümmerungsbrüchen zugezählt werden müssen.

2) Es ist vollkommen gleichgiltig an welchem Punct der Schädeloberfläche die Gewalt angreift und ob sie an diesem Punct einen Zertrümmerungsbruch hervorruft oder nicht.

Die Bruchspalten in der Schädelbasis entstehen durch Berstung, nicht durch Irradiation; — auch in dem Falle, wo beide Bruchformen zusammenlaufen, sind die Berstungsbrüche *nicht* als Fortsetzungen der Zertrümmerungsbrüche aufzufassen.

3) Die Richtung der Gewalt bestimmt die Richtung der Fractur.

4) Aus der Richtung der Bruchspalten lässt sich mit absoluter Sicherheit die Richtung der Gewalt erschliessen.

Diesen Sätzen können wir vollkommen beistimmen. Von den 6 im Marien-Magdalenen-Hospital im vorigen Jahre beobachteten Fällen waren: 4 Querbrüche der Schädelbasis mit mehr oder minder weit sich erstreckenden Längsspalten, bei dreien von diesen waren Zertrümmerungsfracturen, durch Einwirkung äusserer Gewalt an den Seitentheilen des Schädels vorhanden; bei dem 4. Querbruch war nur Contusion und Extravasat an der Schädeldecke nachweisbar, also ein typischer Berstungsbruch. Der 5. Fall war ein Diagonalbruch der Basis mit Zertrümmerung des linkseitigen Stirnbeins. Diese 5 Fälle sind wie gesagt, den Wahl'schen als analoge und seine Ansicht bestätigende anzureihen; daher ich deren ausführliche Beschreibung unterlasse. Unser 6. Fall aber ist als Typus der Ringfractur der Schädelbasis prägnanter als die 2 von Wahl mitgetheilten, daher über denselben ausführlicher zu berichten ist.

Es wurde ein junger Arbeiter in bewusstlosem Zustande ins Hospital gebracht, der von einem hohen Baugerüste zu Boden gestürzt war. Am Schädel und Gesicht war keine äussere Verletzung nachweisbar, nur war das rechte obere Augenlid bei unversehrter Haut stark geschwellt, bläulich roth, der Bulbus vorgedrängt. Am Rumpf finden sich nur unbedeutende Excoriationen, an den Extremitäten einfacher Bruch des rechten Unterschenkels. Patient lag total bewusstlos, unbeweglich da, reagirte auf keinen äusseren Reiz, hatte verlangsamten vollen Puls, die Respiration bot das Cheyne-Stokes'sche Phänomen, nach Pausen von 10 und mehr Secunden erfolgten tiefe Inspirationen mit kaum bemerkbarer Expiration. Ausser dem allgemeinen Hirndruck mussten wir eine besonders intensive Beeinträchtigung in der Function der Medulla oblongata annehmen, was auch die Section bestätigte. Bei immer länger werdenden Respirationspausen starb Patient nach 12 Stunden.

Die Section ergab: An Schädeldecken und Schädeldach keine Verletzung vorhanden. Die Gefässe der Hirnhäute und die Sinus strotzend gefüllt. Ein beträchtliches Blutcoagulum am äusseren rechten Orbitalrand, an demselben eine Fissur, durch die Blut in die Augenhöhle ausgetreten war; ferner ein derbes, ringförmiges Blutgerinnsel um das Foramen magnum, das sich trichterförmig in den Wirbelkanal fortsetzte und einen bedeutenden Druck auf das verlängerte Mark ausüben musste. Der Basilarbruch ging durch folgende Theile: Ala magna dextra, Fissura orbitalis superior, Ala minor dextra, Lamina cribrosa, Foramen opticum sinistrum, Foramen laceratum anterius sinistrum, Foramen laceratum posticum sinistrum, hintere Peripherie des Foramen magnum bis zum Foramen laceratum posticum dextrum, mit einer Abzweigung ins Hinterhauptbein. So war also durch die in einander laufenden Fissuren der einzelnen Knochen ein vollständiger Ring gebildet.

Die Entstehungsweise des Bruches ist klar, der Verstorbene ist in vertikaler Richtung, mit den Füssen voran auf den Boden gestürzt, wofür der gebrochene Unterschenkel und die Abwesenheit irgend einer äusseren Verletzung am Kopf und Rumpfe spricht. Dadurch ist die Wirbelsäule gewaltsam gegen die Schädelbasis angetrieben und diese fracturirt worden. z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 30. October 1884.

1) Dr. Dombrowski theilt einen Fall von *Gelenktuberculose* mit, bei welchem die Synovialis des rechten Kniegelenkes den Ausgangspunct bildete.

Pat., 36 Jahr alt, wurde eines kranken Knies wegen in das Peter-Paulhospital aufgenommen. Es fand sich deutliche Schwellung und grosse Schmerzhaftigkeit im rechten Knie bei hohem Fieber. Die erste Behandlung bestand in Immobilisation, da sie jedoch keine Besserung gab, nahm D. die Punction und Ausspülung des Gelenkes vor. Bei der Punction entleerte sich seröse Flüssigkeit mit Gerinnseln. Nach der Punction wurde die Temperatur normal, doch blieben die Schmerzen bestehen. Daher wurde zu einem energischen Eingriff geschritten, welcher um so mehr indicirt war, als sich die Schmerzen an der Innenseite des Knies localisirten. Am inneren Rande des Gelenkes wurde ein 10 Ctm. langer Schnitt angelegt und nach Eröffnung des Gelenkes fand sich die Synovialis, namentlich an der Innenseite des Gelenkes tuberculös degenerirt. Alles erkrankte Gewebe wurde mit der Scheere ausgiebig entfernt. Die oberflächlich ulcerirten Tibia- und Femurcondylen mit dem scharfen Löffel behandelt. Nach Ausspülung der Gelenkhöhle mit Sublimatlösung wurden tiefe und oberflächliche Nähte angelegt, die D. jedoch erst beim Verbandwechsel nach 2 Mal 24 Stunden knüpfte, nachdem er, angeregt durch die in der St. Petersb. med. Wochenschrift von Selenkow veröffentlichen Resultate, Auspinselung mit Jodtinctur vorgenommen. Drains wurden nicht eingelegt. Auch das Magisterium Bismuthi wurde nicht benutzt, wie D. überhaupt in letzter Zeit das Magisterium Bismuthi beim Wundverbande nicht mehr verwendet, da man mit Jodoformmarly und Sublimatlösung vollkommen gute Resultate erzielt.

Dombrowski stellt Pat. der Gesellschaft vor. Pat. geht noch in einem Apparat, welcher aus der Thomas'schen Schiene besteht, zu welcher Hüllen hinzugefügt sind, die sie abnehmbar machen. Die vollständige Heilung der Gelenkwunde ist in 12 Tagen bei ganz normalen Temperaturen erfolgt.

2) Dr. Monastyrski hält einen Vortrag *über die Mikroorganismen des Rotzes.* Der Vortrag ist in № 48 dieser Wochenschrift veröffentlicht worden.

3) Dr. Kernig theilt die sehr ausführliche Krankengeschichte des an chronischem Rotz verstorbenen Prosectors des Obuchow-Hospitales, Dr. Albrecht, mit. Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt. Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Die Docenten an der Charkow'schen Universität DDr. Kowalewski, Anrep, Subbotin und Dudukalow sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Am 23. November veranstalteten die hiesige «Pirogow'sche chirurgische Gesellschaft» und die (russische) «St. Petersburger medicinische Gesellschaft» gemeinschaftlich eine dem Andenken Pirogow's gewidmete Sitzung. In derselben machte Prof. Zdekauer Mittheilungen aus einer noch ungedruckten Arbeit Pirogow's: «Ueber Geschwülste», worauf Dr. J. Bertenson über die Weltanschauung P.'s, auf Grund des in seiner Autobiographie enthaltenen Materials, sprach.

— Am 10. November beging die «Kijew'sche medicinische Gesellschaft» ihren 44 Jahrestag. Aus dem Rechenschaftsberichte für das verflossene Jahr geht hervor, dass die Gesellschaft zum Beginn des Berichtsjahres 128 Mitglieder (darunter 3 Ehrenmitglieder) zählte. Im Laufe des Jahres kamen 10 Mitglieder hinzu und traten 14 aus, so dass die Zahl der Mitglieder am Sitzungstage auf 124 sich belief. Im Ganzen fanden 11 wissenschaftliche Sitzungen statt, in denen 32 Vorträge gehalten wurden. Im Durchschnitt wurde jede Sitzung von 38 Mitgliedern besucht, die Zahl der eingeführten Gäste (vorzugsweise Studirende der Medicin) schwankte zwischen 20 und 150 Personen.

— Am 5. December beging das hiesige *Nikolai-Kinderhospital*, welches das älteste Kinderhospital Russlands und das zweitälteste Kinderhospital der Welt ist, sein *fünfzigjähriges Jubiläum.* An die kirchliche Feier schloss sich eine Festsitzung, in welcher der Director des Hospitals, Dr. Tomaschewski, einen Abriss der Geschichte des Hospitals verlas, worauf der Empfang der Deputationen, welche Glückwünsche überbrachten, stattfand. Den Beschluss bildete ein Dejeuner, das in animirter Stimmung verlief. Näheres über die 50jährige Thätigkeit des Hospitals werden wir nächstens bringen.

— *Verstorben*: 1) Der Oberarzt des Landschafts-Hospitals in Jekaterinosslaw Dr. Boitschenko; 2) der Militärarzt Lebedew; 3) der frühere Professor in Montpellier Dr. Fonssagrives, bekannt durch seine Werke über Pharmakologie und Therapie, in der Nähe von Paris an der Cholera, 4) Dr. Faucon, Professor der Chirurgie an der med. Facultät in Lille im 44. Lebensjahre.

— Einige Glieder der medicinischen Section des VII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte, welche sich an den wissenschaftlichen Excursionen in die Krim betheiligt hatten, haben den Ueberschuss ihrer Excursionsbeiträge, im Betrage von 500 Rbl., zu einer *Prämie für die beste Arbeit über eine der medicinischen Fragen, betreffend die Balneologie oder Klimatologie der Krim*, bestimmt. Die Concurrenz-Bedingungen sind folgende: Die Concurrenzarbeiten müssen in russischer Sprache abgefasst und 2 Monate vor dem im August 1885 stattfindenden Zusammentritt des VIII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte an die Odessaer Balneologische Gesellschaft eingesandt werden. Zur Concurrenz werden keine Arbeiten zugelassen, welche bereits vor dem VII. Congress gedruckt waren. Die Arbeiten müssen mit einer Devise versehen und der Name des Autors ist in einem versiegelten Couvert — mit derselben Devise bezeichnet — beizufügen; Manuscripte müssen in einem Exemplare, gedruckte Arbeiten in fünf Exemplaten eingesandt werden. Die Beurtheilung der eingesandten Arbeiten und die Zuerkennung und Aushändigung der Prämie erfolgt auf dem nächsten Congresse durch die Repräsentanten der Odessaer Balneologischen Gesellschaft. Die Preisarbeit wird in den Mittheilungen der Odessaer Balneologischen Gesellschaft zum Abdruck gelangen. Für den Fall, dass zur Erlangung der Prämie zum Termin keine Arbeit eingegangen sein sollte oder keiner der vorgestellten Arbeiten die Prämie zuerkannt werden sollte, wird der Termin zur Erlangung der Prämie bis zum nächstfolgenden Congress verlängert werden.

— Pasteur begiebt sich zum Studium des gelben Fiebers und zur Prüfung der gegen dasselbe empfohlenen Schutzmittel nach Rio de Janeiro. Er ist dazu veranlasst worden durch die der französischen «Academie de sciences» gemachte Mittheilung, dass es Dr. Domingo Freires in Rio de Janeiro gelungen sein soll, für das gelbe Fieber einen Bacillus nachzuweisen und durch Einimpfung desselben bei Thieren alle Symptome dieser Krankheit hervorzurufen. Auch soll es ihm gelungen sein durch Impfung mit verdünntem Krankheitsstoff Personen vor dem gelben Fieber zu schützen.

— Wir machen unsere Leser auf eine von dem Instrumentenmacher E. Kraus in Berlin, welchem wir bereits eine Verbesserung der Pravaz'schen Spritze verdanken (cfr. № 6, S. 62 dieser Wochenschr.), neuerdings construirte Pravaz-Spritze aufmerksam, die mit einer Taschenapotheke für subcutane Injectionen verbunden ist und bequem in der Verbandtasche untergebracht werden kann, wodurch der Arzt in der Lage ist, erforderlichen Falles sofort Injectionen mit den verschiedensten Medicamenten machen zu können. Die Spritze besteht aus 3 Theilen: der erste enthält die Spritze selbst mit 2 Canülen, der zweite ein Gläschen zum Auflösen der Arzneitabletten und der dritte die Zellen für die verschiedenen Arzneitabletten. Spritze sowohl als Gläschen enthalten genau 1 Grm. und ist dadurch eine ganz exacte Dosirung möglich. Die Abtheilung für die Zellen wird in drei verschiedenen Grössen hergestellt, und zwar zu 3, 6 und 9 verschiedenen Arten von Medicamenten. Jede Zelle kann Tabletten zu ca. 5 Injectionen aufnehmen. Als ein besonderer Vorzug muss hervorgehoben werden, dass die in Tabletten incarcerirten Medicamente nicht, wie die Arzneien in flüssiger Form, dem Verderben ausgesetzt sind. Der Preis einer jeden Injection stellt sich je nach Art und Dosirung auf 5—10 Pf. Der Preis für die Spritze beträgt je nach der Zahl der Zellen für die Medicamente 7 Mark 50 Pf. bis 8 Mk. 50 Pf. Spritze und Tabletten sind durch den Instrumentenmacher E. Kraus, Berlin S., Commandantenstrasse 33, zu beziehen.

Vacanzen.

1) *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Demjansk* (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1200 Rbl. jährlich bei freien Fahrten. Die Meldung geschieht beim örtlichen Landschaftsamte (Демянская Земская Управа).

2) Im Kreise Alexandrowsk (Gouv. Wladimir) wird zum 1. Jan. 1885 ein neuer ärztlicher Bezirk eingerichtet mit einem jährlichen Gehalt von 1200 Rbl. Man hat sich an das örtliche Landschaftsamt auf telegraphischem Wege zu wenden.

3) *Zwei Landschaftsarztstellen* in *Pudosh* (Gouvern. Olonez). Refl. haben sich an das Landschaftsamt in Pudosh zu wenden. Auskünfte ertheilt auch der Kreisarzt in Pudosh Heinr. Lieth.

(Wratsch.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs.

am 25. November 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2531	1770	4309
Kinderhospitäler	131	157	288

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	127	62	189
Scharlach	17	17	34
Pocken	15	8	23
Venerische Krankheiten	422	384	806

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 18. Nov. bis zum 24. November 1884 besucht von 1868 Kranken, darunter zum ersten Mal von 680.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 18. bis 24. Nov. 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
250	218	468	88	42	59	13	6	19	45	51	50	42	30	15	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 3, Masern 1, Scharlach 4, Diphtherie 19, Croup 4, Keuchhusten 9, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 28, andere Gehirnkrankheiten 21, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 27, acute Entzündung der Athmungsorgane 43, Lungenschwindsucht 100, andere Krankheiten der Brusthöhle 9, Gastrointestinal-Krankheiten 55, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 38, Marasmus senilis 21, Cachexia 20.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 9.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 25. Nov. bis 1. December 1884.

Zahl der Sterbefälla:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
245	210	455	100	25	68	8	3	11	53	45	39	47	32	15	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 5, Masern 0, Scharlach 3, Diphtherie 6, Croup 6, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 6. Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 31, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 60, Lungenschwindsucht 79, andere Krankheiten der Brusthöhle 6, Gastrointestinal-Krankheiten 56, andere Krankheiten der Bauchhöhle 20, angeborene Schwäche und Antrophia infant. 36, Marasmus senilis 22, Cachixia 23.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 15.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	9—16 Nov.	190 115	90	18	24,6	20,0	33,[illegible]
Kopenhagen	12—18 Nov.	267 000	131	34	25,5	25,9	40,[illegible]
Berlin	16—22 Nov.	1 192 203	593	111	25,2	18,7	39,[illegible]
Wien	16—22 Nov.	759 849	283	16	19,4	5,7	27,[illegible]
Brüssel	9—16 Nov.	171 293	84	8	25,5	9,5	30,[illegible]
Paris	14—20 Nov.	2 239 928	1306	336[1]	30,1	25,5	29,[illegible]
London	16—22 Nov.	4 019 361	1521	192	19,7	12,6	32,[illegible]
St. Petersburg	**23—29 Nov.**	**928 016**	**415**	**42**	**23,2**	**10,1**	**29,[illegible]**

[1]) Einschliesslich an Cholera 238.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. December c. Zahlung der Beiträge für 1885.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. December c.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect № 14.

Россъ. Руководство къ изученію болѣзней нервной системы. Т. II, вып. 3-й (конецъ) 1884. 2 Rbl. Цѣна полнаго сочиненія 10 Rbl.

Bell. Die Analyse und Verfälschung der Nahrungsmittel. II Bd. 1884. 2 R. 40 K.

Bouchardat. Nouveau formulaire magistral. 25-me éd. 1885. 1 Rbl. 75 Kop.

Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique. 2-me éd. T. II, 2-me fasc. (конецъ) 1884. 4 Rbl. 50 Kop. (Цѣна полнаго сочиненія 15 Rbl.)

De Candolle. Histoire des sciences et des savants depuis deux siècles. L'hérédite et la sélection dans l'espèce humaine. 1884. 5 R.

Dujardin-Beaumetz. Dictionnaire de thérapeutique. 9-me fascicule. 1884. 2 R. 50 K.

Ebstein. Die Behandlung des Unterleibstyphus. 1884. 95 Kop.

Erb. Traité d'électrothérapie. Traduit par le Dr. Rueff. 1884. 6 Rbl. 50 Kop.

Fèry. Etude comparée sur le lait de la femme, de l'anesse, de la vache et de la chèvre. 1884. 65 Kop.

Fleck. Ueber Flussverunreinigungen, deren Ursachen, Nachweis, Beurtheilung und Verhinderung. 1884. 1 Rbl. 80 Kop.

Fol. Lehrbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie. 1. Lief. Die mikroskopisch-anatomische Technik. 1884. 3 Rbl.

Galezowski et Deguenet. Diagnostic et traitement des affections oculaires. 1-re et 2-me livr Prix de l'ouvrage complet (3 livres). 1884. 8 Rbl.

Gerhardt und Müller. Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Würzburg. I Bd. 1884. 4 Rbl.

Gosselin. Encyclopédie internationale de chirurgie. Tome IV. 1884. 6 Rbl. 75 Kop.

Hegar et Kaltenbach. Traité de gynécologie opératoire. Traduit sur la 2-me éd. allemande par le Dr P. Bar. 1884. 8 Rbl.

Hofmeier. Die Myomotomie. Dargestellt an 100 in der Kais. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin ausgeführten Operationen. Mit 28 in den Text gedr. Holzschn. 1884. 2 R. 40 K.

Kaufmann. Die Sinne. Beiträge zur Geschichte der Physiologie und Psychologie im Mittelalter. 1884. 4 Rbl. 80 Kop.

Koch. Encyclopädie der gesammten Thierheilkunde und Thierzucht. I Bd. Lief. 1—8 à 1 Rbl. 8 Kop.

Mathieu. Du cancer précoce de l'estomac. 1884. 1 Rbl. 50 Kop.

Oeffinger. Die Ptomaine oder Cadaver-Alcaloide. 1884. 95 Kop.

Percheron. La rage et les expériences d. M. Pasteur. 1884. 75 Kop.

Peyer. Die chronische nervöse oder reflectorische Diarrhoe. (Diarrhoea chronica nervosa). 1884 60 Kop.

Pflüger. Optotypi (Sehproben). 1884. 50 K.

Plaut. Färbungs-Methoden zum Nachweis der fäulnisserregenden und pathogenen Mikroorganismen. 2. verb. Aufl. 1884. 35 Kop.

Roese. Die Kunst, Hülfeleistungen für Verwundete und Kranke zu improvisiren. Mit II Tafeln. 1884. 2 Rbl. 15 Kop.

Schmitt. Mittheilungen aus der amtlichen Lebensmittel-Untersuchungs-Anstalt und chemischen Versuchsstation zu Wiesbaden. 1883—1884. 3 Rbl. 60 Kop.

Simon. Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants. Tome II. 1884. 3 Rbl. 50 Kop.

Thamburini und Seppilli. Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus. II Heft. 1884. 1 Rbl. 20 Kop.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 3. Congress, abgehalten zu Berlin vom 16–19 April 1884. Mit 5 lithogr. Tafeln und Holzschnitten. 1884. 10 R. 80 K.

ПОДПИСКА НА ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЙ ЖУРНАЛЪ
ВѢСТНИКЪ САДОВОДСТВА, ПЛОДОВОДСТВА И ОГОРОДНИЧЕСТВА
на 1885 годъ

ОТКРЫТА И ПРИНИМАЕТСЯ У ИЗДАТЕЛЕЙ:

А. Ф. Девріена.	К. Л. Риккера.
С.-Петербургъ, Вас. Остр. Румянцевская площ., собств. домъ № 1/5.	С.-Петербургъ, Невскій проспектъ, домъ № 14.

Цѣна за годъ съ доставкою и пересылкою **8 руб.**, за полгода **4 руб.**, за три мѣсяца **2 руб.**

Для доставленія читателямъ въ возможной скорости свѣдѣній о новостяхъ по садоводству, а также для установленія болѣе частыхъ сношеній читателей и садоводовъ, какъ между собою, такъ и съ Императорскимъ Обществомъ Садоводства, будетъ измѣненъ образъ выхода Вѣстника Садоводства. Журналъ этотъ, выходящій въ настоящее время одинъ разъ въ мѣсяцъ, будетъ издаваться съ 1885 года **ЕЖЕНЕДѢЛЬНО.** Программа его останется прежняя, а именно:

1) Описаніе новыхъ или замѣчательныхъ растеній, плодовъ и овощей.

2) Статьи практическаго содержанія о разведеніи или культурѣ растеній, плодовъ и овощей, какъ въ разныхъ мѣстностяхъ Россіи, такъ и заграницею.

3) Указаніе растеній, годныхъ для содержанія въ жилыхъ комнатахъ, и способа культуры ихъ.

4) Сообщенія о новыхъ открытіяхъ по садоводству, плодоводству, и огородничеству.

5) Статьи научныя и чисто ботаническія, имѣющія прямое отношеніе къ садоводству, плодоводству и огородничеству.

6) Разныя техническія изобрѣтенія или усовершенствованія, прямо или косвенно относящіяся до садовотства.

7) Описаніе русскихъ и иностранныхъ садовъ, замѣчательныхъ садовыхъ заведеній и проч.

8) Разныя извѣстія по садоводству, библіографическія, критическія и некрологическія замѣтки, относящіяся до садоводства.

9) Вопросы, предлагаемые подписчиками или любителями и отвѣты на нихъ.

10) Отчеты о засѣданіяхъ Общества. 204 (4)

Первая книжка каждаго мѣсяца, объемомъ въ два листа, съ приложеніемъ одного хромолитографированнаго и двухъ черныхъ рисунковъ, будетъ содержать преимущественно пространныя статьи, а въ остальныхъ нумерахъ, въ объемѣ полулиста, будутъ помѣщаемы разныя мелкія извѣстія и сообщенія, практическія замѣтки, объявленія и вопросы подписчиковъ и отвѣты на нихъ. Въ обсужденіи этихъ послѣднихъ будетъ участвовать впредь Правленіе Императорскаго Общества Садоводства, а въ особенно-важныхъ случаяхъ и Общее Собраніе членовъ Императорскаго Общества Садоводства. Такимъ образомъ подписчики Вѣстника на предложенные ими вопросы будутъ получать отвѣты, основанные на взглядахъ и соображеніяхъ не одного только редактора, но цѣлаго собранія специалистовъ — что придастъ таковымъ отвѣтамъ особое значеніе.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА **1885** г.

„РУССКАЯ МЕДИЦИНА".

Медицинскій журналъ ЧЕТЫРЕ раза въ мѣсяцъ, по воскресеньямъ, въ количествѣ 48 №№ въ годъ при участіи въ немъ:

Гг. д-ра *Г. И. Архангельскаго*, доц. *В. И. Афанасьева*, доц. *В. М. Бехтерева*, проф. *Н. И. Быстрова*, проф. *Н. А. Виноградова* (Казань); доц. *К. Н. Виноградова*, доц. *А. Г. Ге* (Казань); доц. *П. И. Грацianскаго*, проф. *В. И. Добровольскаго*, д-ра *П. А. Дюкова*, проф. *И. А. Евремовскаго* (Варшава); проф. *Ф. Заварыкина*, проф *Н. П. Ивановскаго*, проф. *С. П. Коломнина* проф. *И. Г. Карпинскаго*, доц. *С. Д. Костюрина*, доц. *Н. И. Котовщикова* (Казань); проф. *Д И. Кошлакова*, проф. *П. И. Ковалевскаго* (Харьковъ); проф. *Я. С. Кремянскаго* (Харьковъ); проф. *И. П. Лазаревича* (Харьковъ); проф. *В. Г. Лашкевича*, проф. *А. И. Лебедева*, проф. *Л. Л. Левшина* (Казань); д-ра *И. А. Маева*. проф. *И. П. Мержеевскаго*, доц. *I. Мифле*. проф. *И. И. Мечникова* (Одесса); д-ра *П Я. Мультановскаго*, проф. *И. И. Насилова*, д-ра *Ф. И. Николаева*, проф. *А Ф. Навроцкаго* (Варшава); доц. *Е. В. Павлова*, проф *В. В. Пашутина*. доц. *П. Пескова* (Владиміръ); проф. *А. Г. Полотебнова*, доц. *В. О. Подвысоцкаго* (Дерптъ); д-ра *Е. А. Покровскаго* (Москва); проф. *А. Ф. Пруссака*, д-ра *И. М. Рейха* (Тифлисъ); проф. *К. Ф. Славянскаго*, проф. *М. П. Скворцова* (Варшава); проф. *Н. В. Склифасовскаго* (Москва); доц. *И. М. Смольскаго*; доц. *Н. А. Строгонова* (Одесса); проф. *В. А. Субботина* (Кіевъ); проф. *М. Ф. Субботина* (Казань); доц. *К. В. Сутугина*, проф. *П. П. Сущинскаго*, доц *Н. В. Ускова*, доц. *П. И. Успенскаго*, доц. *Н. Н. Феноменова*, доц. *Н. Ф. Филатова* (Москва); проф. *В. М. Флоринскаго* (Казань); д-ра *А. Е. Черемшанскаго*, проф. *Ф. Ф. Эрисмана* (Москва); доц. *А. Ф. Эрлицкаго* и друг.

Въ прошломъ 1884 году въ журналѣ были помѣщены ст. профессоровъ: Брандта, Быстрова, Виноградова, Заварыкина, Ивановскаго, Кремянскаго, Ковалевскаго, Лашкевича, Лебедева, Насилова, Мечникова, Славянскаго, Скворцова, Субботина; доц. Афанасьева, Бехтерева, Богомолова, Пескова, Смольскаго, Успенскаго Филатова, Ястребова; докторовъ: Архангельскаго, Маева; Покровскаго, и мн. др.; изъ клиникъ и лабораторій профессоровъ: Быстрова, Богдановскаго, Доброславина, Ивановскаго, Кузнецова, Лашкевича, Склифасовскаго, Тарханова, Субботина, Чудновскаго и др.

«Русская Медицина» будетъ выходить въ тѣже сроки, въ томъ же объемѣ и по той же программѣ.

Подписная цѣна остается таже, т. е., 8 руб. въ годъ съ доставкой и пересылкой.— Подписка принимается въ Конторѣ Редакціи (**Петербургъ, Николаевская 48**). Гг. желающіе получать и книжку **«Врачебный Ежегодникъ»** присылаютъ 9 руб. и 3 почтовыя марки на заказную бандерольную пересылку. 207 (2)

Dr. Max Schmidt
wird diesen Winter in **SAN REMO** prakticiren. — Hôtel de Nice. 211 (5)

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:

Vorlesungen
über
Pharmakologie
für Aerzte und Studirende
von Prof. Dr. **C. Binz.**
II. Abtheilung.
1885. gr. 8. Preis 7 Mark.

Im Verlage von **C. Ricker** in **St. Petersburg** ist soeben erschienen:
Ueber die
humanitäre
und
wissenschaftliche Bedeutung
KLEINER GEBÄRASYLE
nebst einem
Bericht über die Vorkommnisse in dem Gebärasyle des Verfassers
von
Dr. O. von GRÜNEWALDT
in St. Petersburg.
1884. Preis 1 Rbl. 20 Kop.
mit Versendung 1 Rbl. 35 Kop.

Въ Книжномъ Магазинѣ К. Л. РИККЕРА,
Невскій проспектъ № 14,
поступилъ въ продажу:
КАЛЕНДАРЬ
для врачей всѣхъ вѣдомствъ
на **1885** годъ.
(X годъ существованія).
Подъ редакціею д-ра **Э. Крузенштерна.**
Съ приложеніемъ некролога и портрета Николая Ивановича Торопова.
Цѣна въ коленкоровомъ переплетѣ 1 руб. 50 коп., съ пересылкою 1 руб. 70 коп., въ кожеподобномъ переплетѣ 1 руб. 80 коп., съ пересылкою 2 руб.

„FRANZ JOSEF"
BITTERQUELLE
ausgezeichnet durch die mild auflösende und kräftig abführende Wirkung, enthält in 1000 G. an Sulfaten: 47,9, Chlormagnesia: 1,8, Natron bicarbonicum: 1,2. — Vorräthig in den Mineralwasser-Depôts und den meisten Apotheken, doch werden die Herren Aerzte gebeten, stets die Bezeichnung „**FRANZ-JOSEF-Bitterquelle**" zu gebrauchen, 185 (14)
Die Versendungs-Direction, Budapest.

GEMÜTSKRANKE
finden jederzeit Aufnahme in der 27 (1)
Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Ein zuverlässiger Mann, der deutsch und russisch versteht, vertraut mit Haus- und Fabrikverwaltung, sucht eine Stelle als Aufseher in einem Hospital oder in einer Privat-Heilanstalt. Zu erfragen Измайловскій п. 10 рота д. 10 кв. 4.

Verlag von **FERDINAND ENKE in STUTTGART.**
Soeben erschien.
GRUNDZÜGE
der
VERGLEICHENDEN PHYSIOLOGIE UND HISTOLOGIE
von
Prof. Dr. **Ludwig von Thanhoffer**
in **Budapest.**
Mit 195 Holzschnitten. 8. geheftet. **Preis M. 16.**

Handbuch der Medicinal-Gesetzgebung
des
Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten.
Für Medicinal-Beamte, Aerzte und Apotheker.
Von **Sanitätsrath Dr. Wiener,**
Kgl. Kreis-Physikus in Graudenz.
Zwei Bände. II. Band. I. Theil.
Die Medicinal-Gesetzgebung des Königreichs Preussen.
8. geheftet. **Preis M. 12.**
Der I. Band (enthaltend Medicinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs) erschien im Vorjahre zum Preise von **M. 3. 60 Pf.** 210 (1)

St. Petersburger Metallfabrik
Wiborger Seite, Ufer der Grossen Newa № 11
liefert
Desinfections-Kammern
System Professor-Architekt D. Sokolow und Director O. Krell,
mit directem Dampf wirkend.
UNDURCHLAESSIGE SENKGRUBEN
aus verzinktem Eisenblech für Aborte. 171 (12)

Central-Depot für Verband-Waaren
von
ALEXANDER WENZEL
St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.
Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband, Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen, chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (15)
Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

Schwedische Heilgymnastik u. Massage
für Herren, Damen und Kinder, 198 (1)
Grafsky-Pereulok № 7, Quart. 3 und **Wassili-Ostrow 1. Linie № 12, Quart. 1.**
Consultant **Dr. Masing.** Die Gymnastik leitet Fräul. **von Bildt.**

Wichtig für die Herren **Apotheker** und **Aerzte! Chininum sulfuricum** und **riaticum,** ganz reine probehaltige Präparate empfiehlt das **Newsky-Apothekerwaaren-Magazin** immer zum **Hamburger Börsenpreise;** momentan ca. 2 Rbl. per Unze, bei grösseren Quantitäten unter 2 Rbl. Auswärtige Bestellungen werden prompt ausgeführt. Adresse: 196 (3)
НЕВСКІЙ АПТЕКАРСКІЙ МАГАЗИНЪ,
Невскій проспектъ № 47, уголъ Владимірской
Telephon **№ 548.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 7 Декабря 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

№ 50. **St. Petersburg, 15. (27.) December** **1884.**

Dr. James Schmidt

wurde heute vor 50 Jahren zum Doctor promovirt. Ein halbes Jahrhundert, reich an Mühe, Arbeit und Erfolgen liegt hinter ihm, und seine Lebensgeschichte ist ein sprechender Beweis dafür dass es der Charakter ist, welcher den Mann macht.

Seine angesehene Stellung war das Resultat nicht nur seiner anerkannten wissenschaftlichen und praktischen Tüchtigkeit, sie wurde mindestens ebenso sehr bedingt durch seine Pflichttreue, seine strenge, furchtlose Wahrheitsliebe, Milde, und aus dem Herzen quellende Freundlichkeit. Vertrauen, Dankbarkeit, Liebe, sie wurden ihm entgegengetragen in allen Kreisen mit denen er in Berührung kam, in den niederen, wie in den höheren und in den Allerhöchsten Kreisen, überall war nur eine Stimme und eine Stimmung gegen ihn, und es hat wohl nur selten einen Menschen gegeben, welchem Liebe und Verehrung so allgemein und so ungetheilt gezollt worden sind, wie dem Dr. James Schmidt. Das feste Vertrauen zu ihm bestand noch in ungeschwächtem Maasse fort, als er selbst schon meinte ein Versagen der körperlichen Kräfte bemerken zu müssen und sich aus strenger Gewissenhaftigkeit verpflichtet glaubte sein schweres Amt niederzulegen und jüngeren Händen anzuvertrauen.

Nur selten geschieht es, dass es Gliedern unseres Standes gegönnt ist auf eine 50jährige Laufbahn in demselben zurückblicken zu können; wo es aber geschieht, da ist der 50jährige Gedenktag um so mehr ein Tag der Ehren für den Jubilar und ein Tag reiner, selbstloser Freude für seine Collegen; daher erscheinen sie heute zahlreich um ihre freudige Theilnahme an dem seltenen Ehrentage zu bekunden, und wir schliessen uns der Menge an um auch unsere pietätvollen Glückwünsche darzubringen dem Manne, der ein Arzt war wie er sein soll, ein Vorbild für gegenwärtige und künftige Geschlechter.

Die Redaction.

Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.

Von
Dr. P. G. Unna,
dirig. Arzte der Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

(Schluss.)

Gehen wir nach Amerika, so stehen die dortigen Dermatologen dem Acuminatusbilde etwas unbefangener gegenüber als die Engländer. Duhring giebt in seinem Lehrbuche die Schilderung beider unter dem gemeinsamen Titel: Lichen ruber, die des Planus nach eigener Anschauung, die des Acuminatus genau nach Hebra und hält beide für verschiedene Typen eines Leidens. Piffard andrerseits, welchem der Acuminatus auch persönlich fremd ist, hegt seine Zweifel, dass beide Uebel identisch sind. Er argumentirt so: «Wilson hat 50 Fälle von Planus beobachtet, charakterisirt durch gedellte Papeln und Pigmentflecke, die gutartig verliefen. Hebra beobachtete 14 Fälle ohne gedellte Papeln und Pigmentflecke, von denen fast alle starben. Es ist kaum glaublich, dass Hebra die Dellen übersehen haben oder dass Wilson nur milde, Hebra nur schwere Fälle gesehen haben sollte. Nach Wilson's Publication veröffentlichten Hebra und Kaposi eine Anzahl benigner, gedellter Papeleruptionen, welche sie unter ihrem alten Namen Lichen ruber subsummirt haben. Es folgt nicht, dass, weil sie das gethan haben, beide Uebel identisch sein müssen. Schliesslich, soweit mir bewusst, hat niemand den Uebergang von einem typischen Lichen planus in einen Lichen ruber beobachtet.»

Wenn das Letztere nicht allerdings doch der Fall wäre — und ich glaube genügendes Material hierfür gegeben zu haben — hätte Piffard ohne Zweifel Recht. Die Piffard'sche Ansicht ist neuerdings von Robinson (Lichen ruber und Lichen planus, Putnams Sons, New-York, 1883) wiederum ausführlich in einer eigenen Arbeit motivirt worden. Derselbe konnte einen Fall von Acuminatus beobachten und einige Papeln excidiren, die er anatomisch in seiner vorzüglich sorgfältigen Arbeit mit Planuspapeln vergleicht. Die klinische Beschreibung des Lichen ruber dagegen giebt Robinson genau nach Hebra, und gerade daher muss eine schiefe Auffassung resultiren. Er sagt, der Lichen ruber (Hebra) komme unter zwei Formen vor, einer konischen, schuppigen etc. und einer glatten, wachsigen u. s. f. und bemerkt gar nicht, dass Hebra mit der zweiten schon den Lichen planus gemeint hat, der bei Robinson ganz getrennt davon behandelt wird. Ebenso wird fälschlich dem Hebra'schen Lichen (allerdings wörtlich nach Hebra) die Tendenz zur Gruppirung beigelegt, was Hebra auch nur vom Planus verstanden haben wollte. Bei der nachfolgenden, histologischen Untersuchung hat Robinson allerdings eine wahre Acuminatuspapel vor sich und kommt zu dem Resultat von Auspitz, dass der Lichen ruber keine entzündliche Dermatose, sondern eine Parakeratose sei. In der Therapie meint er — natürlich ohne eigene Erfahrung, — dass es ausser Arsenik kein Heilmittel gäbe. Die Beschreibung des Lichen planus giebt Robinson andrerseits genau nach Wilson, ohne zu bemerken, dass er denselben unter «Lichen ruber» verkürzt schon einmal beschrieben. Histologisch wird der Planus im Gegensatz zum Acuminatus als eine wahre, umschriebene Entzündung des Papillarkörpers und des oberen Coriums definirt, durch die secundär die Oberhaut erkranke. Therapeutisch ist interessant, dass Robinson von Arsenik für den Planus nichts hält und allen localen Mitteln überhaupt jeden heilenden Einfluss abspricht. Beides ist sicherlich nicht richtig. Schliesslich stellt Robinson die klinischen und anatomischen Verschiedenheiten noch einmal speciell gegenüber und findet die grössten Differenzen, welche sich nicht auf verschiedene Grade der Intensität zurückführen lassen, worin wir ihm gewiss beistimmen müssen. Wenn er aber schliesslich darauf hin, dass unter den zahlreichen Planusfällen in New-York sich noch kein einziger in einen Acuminatus umgewandelt habe, schliesst, dass die Krankheitsbilder auch genetisch mit einander nichts zu thun haben, so müssen wir ihm die deutsche Erfahrung gegenüberstellen, dass umgekehrt Acuminatusfälle gar nicht so selten mit Planusfällen und selbst mit Obtususfällen verbunden sind.

Innerhalb der *Wiener* Schule hat unterdessen die Lichenfrage eine bemerkenswerthe Wendung genommen. Kaposi hält, wie sich erwarten liess, auch jetzt noch in seinen Vorlesungen die Hebra'sche Schilderung fest, nur dass sie durch die Zusammenfassung neuerer und älterer Erfahrungen präciser und treffender geworden sind. Lichen ruber ist auch ihm der generelle Begriff, dem er den Acuminatus und den Planus als gleichwerthig unterordnet. Weshalb beim letzten der Name Wilsons auch jetzt noch fehlt, ist nicht ersichtlich. Der Acuminatus ist vorzüglich klar und kurz geschildert; Kaposi rechnet zu ihm nur die konische, schuppentragende Form. Was wir als Obtusus und Planus trennen, müssen wir bei Kaposi unter Planus allein suchen und können uns da wenig befriedigt erklären. Die grösseren Obtususformen finden ebensowenig eine Erwähnung wie die von vornherein als rothe Flecke auftretenden Planusformen. Das wiederkehrende Bild von der perlenbesetzten Gemme, so hübsch es ist, stillt nicht das Bedürfniss, die verschiedenartigen Modalitäten der flachen, glatten Lichenformen klar analysirt zu sehen. Anders ist es bei Neumann. Dieser hatte schon 1873 in seiner ersten Auflage eine chronische Form des Herpes beschrieben, die mit Knötchen auftreten sollte. Hebra sen. machte in der zweiten Auflage seines Lehrbuchs die Bemerkung, dass dieser Neumann'sche sogenannte Herpes kein Herpes sei, sondern ihm den Eindruck eines Lichen ruber von der gruppenweise circinären Form, d. h. in weniger verschämten Worten: eines *Lichen planus Wilsons* mache (pag. 311). In einer spätern Auflage änderte Neumann demzufolge den Namen seiner neuen Krankheit in den eigentlich noch weniger sagenden Titel: «Dermatitis circumscripta herpetiformis» um. Er versteht darunter isolirte, hanfkorngrosse, blassrothe, im Centrum bläulich-weisse, derbe, gedellte Efflorescenzen, die peripherisch weiter wachsen und dabei auf ihrer Oberfläche nach einiger Zeit in der Mitte unter Pigmentbildung einsinken, während besonders an der Peripherie mattweiss gefärbte Puncte auftreten, die mit Eczembläschen unter der Hornschicht der Hohlhand Aehnlichkeit haben. Die Stellen vergrössern sich bis über Thalergrösse, bilden mit benachbarten Gyri und bedecken sich hin und wieder mit festeren Schuppen und Hornschildern. Die frischen Eruptionen jucken heftig. Die mattweissen Puncte entsprechen histologisch den Schweissporen. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Von dieser Affection hat Neumann 17 Fälle beobachtet. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass Neumann hiermit den eigentlichen Lichen planus beschrieben hat, wie Hebra richtig vermuthete. Schon allein die weissen Puncte auf der Oberfläche sprechen dafür. Freilich entspricht die Genese nur *einer* bestimmten Art der Planusentwickelung. Neumann scheint die Identität seiner Krankheit mit Lichen planus auch eingesehen zu haben, denn in seiner 5. Auflage (1880) figurirt neben der Dermatitis circumscripta herpetiformis als Hauptbegriff — der Lichen planus. Soviel geht jedenfalls daraus hervor, dass man die von Neumann in der That, wenn auch nicht im Allgemeinen, so doch *in Wien zuerst* beschriebene Form lange Zeit daselbst nicht mit dem Wilson'schen Planus zu vereinen wusste.

In diesem durch die allmälig nothwendig gewordene Einreihung des Planus geschaffenen Dilemma der Wiener Schule stellen sich die beiden Schüler Hebra's schliesslich auf zwei entgegengesetzte Seiten, indem sie die von Natur nach drei Richtungen divergirende Krankheit auf grundverschiedene Art unter zwei Rubriken zu bringen

suchen. Neumann hält seine neue herpesähnliche Form für den richtigen Lichen planus und beschreibt demgemäss unter «Lichen ruber» in etwas unklarer Weise Efflorescenzen, die sowohl Acuminatus wie Obtusus sein können, da sie in einem Satze als «konisch zugespitzt und schuppentragend» und im darauffolgenden Satze «abgerundet und glatt» genannt werden (pag. 306). Kaposi, an Hebra festhaltend, versteht unter Acuminatus wirklich nur diesen und wirft dafür unter Planus in keineswegs klarer Weise Alles zusammen, was man jetzt unmöglich klinisch als einen Begriff mehr zu fassen vermag. Insbesondere weiss ich, dass ein dem Neumann'schen Begriff von Lichen planus vollständig entsprechender Fall, der die weissen Puncte sehr schön zeigte, von Kaposi selbst für Lichen planus erklärt wurde. Von diesen Puncten erwähnt Kaposi in seiner Beschreibung aber nichts, wie die letztere auch auf jenen ganzen Fall sicherlich nicht gepasst hätte. Es würde deshalb auch der jüngeren Wiener Schule gut anstehen, wenn sie jetzt endlich den Neumann'schen Planus als solchen anerkennen würde, das Krankheitsbild jedoch erheblich erweiterte und befestigte und das Meiste, was sie bisher dem Lichen planus zuschrieb, dem Lichen obtusus einverleibte.

In Frankreich schloss man sich in der Lichenfrage eng an England an; dies hatte seinen guten Grund in der Thatsache, dass der Lichen acuminatus in Frankreich wirklich bisher kaum beobachtet ist, während doch Tilbury Fox schon 1873 wenigstens 3 Fälle gesehen hatte. Auch die jüngeren, ungemein tüchtigen und vorurtheilslosen französischen Dermatologen wissen nicht recht, was sie mit dem Hebra'schen Lichen acuminatus anfangen sollen. Dagegen hat der Lichen planus bei ihnen alle Beachtung gefunden. Vidal, Fournier, Leloir, Lemonnier, Chambard haben theils die typische Form und die Histologie, theils Abweichungen wie den Lichen corné (Vidal), Lichen hypertrophique (Chambard) sorgfältig bearbeitet. Héguy (1880) und Lavergne (1883) haben in ihren Thesen eine werthvolle Casuistik, grösstentheils dem reichen Material des Hospitals St. Louis entstammend, zusammengetragen. Die Genese der Planusflecke wird übereinstimmend, jedoch allzu schematisch so beschrieben, dass sie stets aus äusserst kleinen, glatten, vielkantigen, fein gedellten, schuppenlosen rothen Papeln zusammenfliessen sollen. Diese Einseitigkeit der Darstellung rührt z. Th. daher, dass die französischen Forscher nie einen Planusfleck aus einer Acuminatusgruppe haben entstehen sehen. Andrerseits scheinen dort aber auch reine Fälle von Lichen obtusus nicht beobachtet zu sein, welche nur grössere, pfefferkorngrosse, glatte, deutlich gedellte Papeln zeigen und dagegen gar keine Planusefflorescenzen, d. h. die von den französischen Forschern stets als *Lichen-plaques* [1]) beschriebenen Efflorescenzen. Ueber die Grösse der elementaren, glatten Lichenpapel, wie sie in Frankreich als das allein constituirende Element des Lichen planus betrachtet wird, herrschen aber auch dort verschiedene Ansichten. Wilson gab ursprünglich 1—3 Linien, d. h. 2 bis 6 Mm. als Durchmesser an (Grösse eines Senfkorns bis einer Linse). Héguy findet sie nur so gross wie ein Hirsekorn oder einen Stecknadelkopf, oft noch viel kleiner. Lavergne beschreibt sie als stecknadelkopfgross bis hanfsamengross und sieht sie ebenfalls oft winzig klein. Es scheinen also in Frankreich auch gegenüber England die kleinen Formen, welche so gerne zu Planusflecken zusammenfliessen, vorzuwiegen. Dass übrigens auch grössere, vereinzelte Papeln daselbst vorkommen, die als Ausnahmen weniger Beachtung finden, geht mir aus der Lecture der Casuistik hervor. So werden z. B. bei Lavergne (Observation II, pag. 29) auf dem Rücken und linken Vorderarm einige wenige grosse Papeln erwähnt: «semblables à de gros boutons d'acné» — also sicherlich Obtususpapeln.

[1]) nicht als elementare Lichenpapeln.

Folgendes ist mithin der Unterschied zwischen der französischen Auffassung und der meinigen in Betreff des Lichen planus. Ich habe die grossen isolirt bleibenden, glatten runden Papeln relativ so häufig und in reiner Form gesehen, dass ich dieselbe als eine besondere Art gleichberechtigt neben dem Lichen acuminatus hinstellen muss, und da ich andrerseits den wirklichen Neumann'schen, ganz platten Lichen nicht blos aus kleinen, meinem Lichen obtusus en miniature gleichenden Papeln, wie die Franzosen es beschreiben, sondern auch autochthon (d'emblée), und sogar an Stelle von Acuminatusknötchen entstehen sehe, so ist mir zweitens auch die Planusefflorescenz ein Ding sui generis, welches zum Lichen obtusus meiner Beschreibung nur noch die Beziehung behält, dass sie zuweilen daraus entsteht. Allerdings definire ich nach Abtrennung des Lichen obtusus meinen Lichen planus anders als E. Wilson es thut, aber ich verstehe doch nicht etwas ganz Anderes darunter, weil unter der Beschreibung dieses Klinikers mein Lichen planus nebenbei auch verborgen liegt. Und wenn ich mich so gezwungen sehe, an einem historischen Namen zu rütteln, so darf ich mich getrost damit entschuldigen, dass es nachgerade nothwendig geworden ist, die Verwirrung in Betreff des Lichen planus durch eine scharfe Trennung der in demselben enthaltenen klinischen Bilder zu beseitigen. Dass ich dabei nicht den Obtusus, der hauptsächlich Wilsons Planus entspricht, unter der Bezeichnung Planus weiter führen konnte, rührt daher, dass der andere Neumann'sche platte Lichen *eben noch viel flacher*, noch viel mehr Planus ist, und dass man bei einer derartigen Neuschaffung von Namen wenigstens Acht geben soll, dass die neuen Begriffe den Thatsachen besser entsprechen als die früheren.

Wie steht es aber jetzt in Frankreich mit dem Lichen acuminatus? Als ich vor einiger Zeit das besondere Vergnügen hatte, auf einer Reise nach *Bergen* mit Dr. Barthélémy (Paris) zu verkehren, bildete dieses Thema öfter den Angelpunct unseres Gespräches und es machte mich dieser Freund auf die *Pityriasis pilaris* von Devergié aufmerksam, hinter welcher vielleicht unser deutscher Lichen acuminatus versteckt sei. Ueber diese Affection ist neuerdings von Richaud (Etude sur le pityriasis pilaris, Paris 1884) eine fleissige Thèse ausgearbeitet. Dieser Autor versucht (pag. 69) selbst die Differentialdiagnose zwischen seiner Affection und dem ihm persönlich unbekannten Hebra'schen Lichen ruber zu geben und findet sehr richtig unübersteigliche Unterschiede zwischen beiden, besonders den Mangel jener eigenthümlichen Hornkegel, durch welche bei der Pityriasis pilaris die Ausführungsgänge der Haarbälge ausgezeichnet sind. Andrerseits betont er die Abwesenheit der Hautverdickung bei Devergiés Krankheit. Ausserdem ist die letztere leicht heilbar und heilt sogar spontan. Diese Unterschiede genügen, um die wesentliche Differenz beider Affectionen zu constatiren, wenn auch die diffuse Hautröthe, das Jucken, eine Keratose des Handtellers, der Fusssohle und Onychogryphose der Nägel beiden gemeinsam ist. Sicher ist also wohl, dass Devergiés Pityriasis pilaris eine besondere, in Deutschland noch unbekannte Krankheit und keinen Lichen acuminatus darstellt. Etwas anderes aber ist es, ob unter den von Richaud herbeigezogenen Krankengeschichten von uns nicht eine oder die andere als Lichen acuminatus reclamirt werden könnte, und es scheint mir bei der Beobachtung VII. (von Besnier-Rendu) allerdings sehr wahrscheinlich, dass hier ein Lichen acuminatus, mithin ein französischer Fall desselben vorgelegen hat.

Ich komme endlich zur neuesten Darstellung des Lichen ruber in dem Ziemssen'schen Handbuche aus der Feder von Weyl. Wer einen richtigen Begriff haben will, welchen geographischen Schwankungen diese Lichenerkrankungen unterliegen, möge sich die Mühe nehmen, die Weyl'sche Schilderung mit der meinigen auch nur oberflächlich zu vergleichen. Weyl kennt offenbar den Lichen

acuminatus persönlich so gut wie gar nicht. Würde er dieses nicht ausdrücklich in einer Anmerkung [1]) zugeben, so würde es aus dem Titel seines Capitels: «Lichen planus» und aus seiner Beschreibung folgen, die eine bedeutende Detail-Kenntniss des Lichen planus entwickelt und dieselbe leider mit den Hebra'schen Ausgängen von Lichen acuminatus verquickt, die nichts damit zu thun haben; denn von den Anfängen und einer entsprechenden klinischen Schilderung des Acuminatus finden wir darin keine Spur. Also in meinem Beobachtungskreise: mässig viel Planus und wenigstens zeitweise erheblich viel mehr Acuminatus, in Weyl's: äusserst viel Planus und gar kein Acuminatus. Doch hat vielleicht Weyl seine grosse Planuskenntniss in England gesammelt und wird hoffentlich in Berlin Gelegenheit haben, mit dem Acuminatus persönlich ebenso bekannt zu werden. Jedenfalls wäre es in einem deutschen Hauptwerke wie dem Ziemssen'schen rathsam gewesen, das in Deutschland entworfene Bild des Lichen acuminatus nicht gar so stiefmütterlich zu behandeln. Giebt doch selbst der Amerikaner Duhring ohne eigene Acuminatuskenntniss eine passende und gesonderte Schilderung desselben; bei Weyl wird der Acuminatus vom Planus einfach absorbirt. Nur weil er an so hervorragender Stelle steht, möchte ich einen kleinen Irrthum bei dieser Gelegenheit richtig stellen. Weyl giebt an, ich hätte von meiner Carbol-Sublimatcur bei vielen Lichenfällen gute und äusserst rasche Erfolge gesehen und setzt dahinter ein Fragezeichen. Obgleich ich nicht weiss, was Weyl bezweifelt, ob ich den Lichen richtig diagnosticirt oder richtig geheilt habe, soviel ist sicher, ich möchte selbst ein Fragezeichen hinter sein Citat setzen, denn ich habe *ausdrücklich* meine Cur für Lichen *acuminatus* seinerzeit angegeben und befinde mich also in Weyl's Capitel in ganz unpassender Umgebung. Erst in den letzten Jahren habe ich einen universellen Fall von Lichen obtusus damit rasch geheilt und einen universellen Planus mit einer gehörigen Schmiercur noch gar nicht in Angriff genommen. Weyl hat sodann noch ein Capitel über den «Lichen acnéique» oder «Lichen circinatus», über den mir ebenso wie über Vidal's «Lichen corné» und Chambard's «Lichen hypertrophique» eigene Erfahrungen bislang fehlen.

Uebrigens stehe ich mit meiner Ansicht über die Behandlung des Acuminatus nicht so allein, wie es nach der Wiedergabe bei Weyl scheinen möchte. Bockhart hat sich sogar sehr enthusiastisch über meine Behandlung ausgesprochen [2]). Er nennt sie «einen bedeutenden therapeutischen Triumph» und glaubt, dass sie die asiatischen Pillen vollständig verdrängen wird. Behrend [3]) sagt: «Ref. «hat seit der Unna'schen Publication die Salbe mehrfach «angewandt und die ausserordentliche Wirksamkeit der«selben in jeder Beziehung bestätigen können. In einem «Falle gelangte ein ambulant behandelter Lichen ruber, «der allerdings erst kurze Zeit bestand, im Laufe von acht «Tagen zur vollständigen Involution. In den übrigen «Fällen, die gleichfalls sämmtlich in ambulatorischer Be«handlung standen, bildeten Einreibungen mit der genann«ten Salbe eine recht wesentliche Unterstützung der Arse«nikbehandlung, so dass bei consequenter Anwendung der «Salbe die Behandlungsdauer selbst bei längere Zeit beste«henden Erkrankungen 4 Wochen nicht überschritt.»

Allerdings muss diese Cur nicht blos versucht, sondern ernstlich und consequent durchgeführt werden, wenn man Erfolge verzeichnen will, und vor Allem hat man sich vor Beginn derselben klar zu machen, mit welcher Form von Lichen man es zu thun hat.

[1]) «Ich kann nicht umhin, bei Vergleichung der Hebra'schen «und Wilson'schen Beschreibung zuzugeben, dass Wilsons Be«schreibung mehr den von mir sehr oft gesehenen Fällen von Lichen «entspricht, als die jetzt so seltenen Fälle, die Hebra zur Beschrei«bung gedient haben (pag. 518).»

[2]) Bockhart: Zur Behandlung des Lichen ruber mit der Unna'schen Salbe. Monatshft. f. prakt. Derm. 1882, pag. 70.

[3]) Schmidt's Jahrbücher pag. 143, 1884, № 2.

Aus diesem historischen Rückblicke geht zur Genüge hervor, dass wir von einer vollständigen Kenntniss der Lichengruppe noch weit entfernt sind und dass eine umfassende, objective Darstellung nur durch das Zusammenwirken der Dermatologen sämmtlicher Länder zu erreichen sein wird. Die Geschichte lehrt wie immer, so auch hier, Bescheidenheit. Ich bin deshalb auch weit entfernt zu glauben, dass die Eintheilung des Lichen ruber in die drei Arten des Acuminatus, Obtusus und Planus in Zukunft nicht noch zu erweitern und zu verbessern wäre. Im Gegentheil wird wohl jeder Forscher, der wie ich das Glück hat, eine grössere Reihe von Lichenfällen in kürzerer Zeit zu überblicken und zu vergleichen, einige neue Züge dem Gesammtbild einverleiben können. Es wird sich unter vorurtheilsfreier Benutzung der Erfahrungen ausländischer Dermatologen dann wohl zweifellos herausstellen, dass neben gewissen, eigenthümlichen Localformen immer auch einzelne Formen überall auftreten, die anderswo wieder durch ihre Häufigkeit als Haupttypus des Lichen ruber gelten und durch Beachtung derselben wird es in Zukunft auch in diesem Capitel dahin kommen, dass die Dermatologen eine gemeinsame Sprache reden.

Das allerdings erhoffe ich als bleibenden Gewinn dieser Arbeit, dass die englischen, französischen und amerikanischen Autoren in Zukunft den Acuminatus nicht nur nach der alten Schilderung Hebra's beurtheilen und daher häufig verkennen, sondern dass sie unter Zugrundelegung der hier gegebenen Krankheitsbilder diesen Typus gelegentlich auch bei sich wiederfinden und dass sie fernerhin sich von der genetischen Zusammengehörigkeit des Acuminatus und Planus zu überzeugen Gelegenheit haben. Eine lohnende Studie soll es mir sodann sein, zu beobachten, wie sich dieselben Autoren zu dem von mir entworfenen Bilde des Obtusus verhalten und ob ich an der Hand einer vergleichsweise nicht grossen Anzahl von Fällen mit meiner Scheidung des Obtusus und Planus das Richtige *getroffen* habe, sowie ob die Beschränkung des Planus auf die tellerförmige Art mit den weissen Puncten und seine nicht einheitliche Herleitung aus verschiedenen Anfängen Anklang findet; endlich, ob die bullöse Umwandlung des wahren Lichen planus auch andernorts zur Beobachtung gelangt. Hinwieder wird es mein Bestreben sein, falls ich die obengenannten, mir bis dato noch unbekannten Formen (Lichen corné, hypertrophique, acnéique) zu Gesicht bekommen sollte, ihr Verhältniss zu den drei von mir aufgestellten Hauptformen näher zu studiren.

Ich habe die Geduld des Lesers schon auf eine zu harte Probe gestellt, um nun noch die Histologie des Lichen ruber einer kritischen Besprechung zu unterziehen und zu untersuchen, wie sich an der Hand der verschiedenen klinischen Bilder die verschiedenen anatomischen Schilderungen von Neumann, Bisiadecki, Crocker, Balzer, Vidal, Leloir, Chambard und Robinson vereinen lassen. Der sich dafür interessirende Leser wird dieses Thema seinerzeit in den Monatsheften für prakt. Dermatologie behandelt finden.

Ein Fall von einseitiger Entzündung der Musculi peronäi in Folge eines Leichdornes.

Von
Dr. Max Buch.

Ich theile im Folgenden einen Fall mit, welcher in *diagnostischer* Hinsicht einiges Interesse darbieten dürfte.

Ein Herr von etwa 60 Jahren, den sein Beruf viel zu gehen zwingt, wandte sich an mich wegen eines dumpfen Schmerzes, den er schon längere Zeit an der äusseren Seite der Wade des rechten Beines habe. Der Schmerz sei zwar beständig vorhanden, werde aber bedeutend stärker und schliesslich unerträglich, wenn er eine Zeit lang gegangen sei; auch auf Druck exacerbire er. Der Patient hatte sich an verschiedene Aerzte gewandt, verschiedene Einreibungen

gehabt und wurde schliesslich behufs Einleitung der elektrischen Behandlung zu mir geschickt, weil man sein Leiden für irgend eine dunkle Neurose hielt.

Ich fand nun wirklich eine vollkommen begrenzte druckempfindliche Stelle am äusseren Rande des grossen Wadenmuskels, genau entsprechend den Bäuchen der beiden Musculi peronäi, das Wadenbein entlang. Durch Abduction und Palmarflexion des Fusses wurde in der That gleichfalls die Empfindlichkeit auf der bezeichneten Stelle gesteigert. Dieser anfangs vollständig unerklärliche, auf zwei oder einen Muskelbauch nur des einen Fusses beschränkte Schmerz klärte sich nun bei genauerer Untersuchung und Befragung folgendermaassen auf: es erwies sich, dass der Patient an der Fusssohle Leichdornen besass, und zwar einen äusserst grossen und empfindlichen am äusseren Fussballen. Beim Gehen war er daher schon jahrelang gezwungen, den äusseren Ballen des betreffenden Fusses zu schonen, indem er immer nur auf den inneren Fussrand auftrat und den äusseren erhob. Diese jahrelang fortgesetzte Ueberanstrengung der beiden Wadenmuskeln hatte offenbar die grosse Empfindlichkeit derselben verursacht.

Leider war es mir nicht vergönnt, die Probe auf's Exempel zu machen, die Diagnose ex juvantibus sicher zu stellen. Ich rieth nämlich dem Patienten von der Elektricität zunächst Abstand zu nehmen und sich mit Fortschaffung der Grundursache, d. h. des Leichdornes, und mit methodischen centripetalen Streichungen der genannten Muskeln zu begnügen. Ich versuchte nun allmälig den Leichdorn abzutragen und mittelst rauchender Salpetersäure abzubeizen. Bei der dritten Beizung aber hatte die Salpetersäure auch die Umgebung des Leichdornes ein wenig betroffen und eine leichte Entzündung hervorgerufen, so dass jetzt momentan das Gehen noch mehr erschwert war. Pat. eröffnete mir daher bei der nächsten Visite, dass er meiner Hülfe nicht weiter bedürfe.

Ich halte die beschriebene Affection für eine chronische Myositis, hervorgerufen durch Ueberanstrengung der betreffenden Muskeln. Vollständig analoge Affectionen in Folge des Tragens zu hoher Absätze, jedoch symmetrisch an beiden Beinen in Form einer Myositis beider Tibiales antici sind früher schon beschrieben worden. Ein dem meinen gleicher Fall, namentlich mit gleicher Aetiologie, ist aber meines Wissens nicht mitgetheilt worden, wodurch sich auch die diagnostischen Schwierigkeiten, die derselbe bereitete, erklären.

Referate.

Victor Plotnikow: Untersuchungen über die Vasa vasorum. (Dorpater Inauguraldissertation 1884.)

Verf. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, die Vasa vasorum der Aorta, Art. iliaca communis, femoralis, brachialis, radialis und ulnaris mit einer wässerigen Gelatinelösung, die durch lösliches Berlinerblau gefärbt war, zu injiciren und die genannten Gefässstämme auf das Verhalten ihrer ernährenden Gefässchen zu untersuchen. Es wurden zu diesem Zweck nach je $2\frac{1}{2}$ Millimeter der Gefässlänge Schnittserien zu je 10 Präparaten mittelst des Mikrotoms hergestellt und mikroskopisch untersucht. Es sind auf diese Weise viele Tausende von Schnitten hergestellt worden, von denen etwa 2,400 zur genaueren Untersuchung kamen. Dieselben ergaben, dass im Allgemeinen nur die Tunica adventitia der Gefässe Vasa vasorum führt, die Tunica muscularis enthält deren in der Regel nicht. Nur in der Aorta ziehen an vielen Stellen einzelne Gefässzweige aus der Adventitia in die Muscularis hinein; offenbar bedarf die dicke Wandung dieses grössten Gefässes des Körpers einer reichlicheren Ernährung als die übrigen Arterien. Bei diesen letzteren war es die Regel, dass die Muscularis frei von Vasis vasorum war; letztere kamen nur an solchen Stellen vor, wo sich die Intima im Zustande einer endarteriitischen Verdickung befand. An den hintern Partien der Art. iliaca communis, wo diese bindegewebige Verdickung der Intima zur Norm gehört, fanden sich auch regelmässig Vasa nutrientia in der Muscularis, während die übrigen Abschnitte der Tunica muscularis frei von capillären Blutbahnen waren.

Verf. schliesst aus diesen Thatsachen, dass überall da, wo Erscheinungen der fibrösen Endarteriitis auftreten, auch Gefässbahnen in der drunter liegenden Muscularis sich entwickeln; ob aber die Vascularisation der Media zeitlich und ätiologisch der bindegewebigen Verdickung der Intima vorausgeht, oder ob vielmehr das umgekehrte Verhältniss stattfindet, lässt Verf. unentschieden. — Es dürfte jedoch noch eine zweite mehr physiologische Bedingung für das Auftreten der Vasa vasorum in der Muskelhaut maassgebend sein: so wie die Dicke und Mächtigkeit der Muscularis eine gewisse Grenze übersteigt, lässt die regelmässige Ernährung der Muskelfasern es als ein physiologisches Postulat erscheinen, dass besondere Capillarbahnen sich in derselben entwickeln; dem gemäss ist auch die Aorta thoracica etwas stärker von Capillaren durchzogen als die Aorta abdominalis. D—o.

Prof. Rydel (Krakau): Ueber Methode und Therapie bei Netzhautablösung in der Augenklinik an der Jagielloner Universität. (Prz. lek. № 6 und ff. 1884).

Während seiner ganzen Praxis behandelte der Verf. bis jetzt über mehrere Hundert von Netzhautablösungen in verschiedener Weise und blieb mit den Resultaten sehr unzufrieden. In der allerletzten Zeit folgte er der von Dianoux, Mac-Keown und Martini lebhaft gepriesenen combinirten Methode: Einträufelung von Pilocarpin, Durchstechen der Sclera, Druckbinde, absolute Ruhe. Auf Grund der von ihm erhaltenen Resultate tritt er lebhaft für diese Methode ein. Im Ganzen hat Verf. dieselbe bei 13 Fällen geübt. In diesen Fällen wurde die Sclera nur in 5 Fällen punctirt, wo die vorausgegangene Pilocarpincur ohne Erfolg blieb. 4 Mal — Besserung. 1 Mal ohne Erfolg. In drei von diesen 5 Fällen wurde noch ausserdem zugleich Pilocarpin angewandt. In den übrigen nur mit Pilocarpin behandelten Fällen erzielte Vf. in 3 Fällen — totale Heilung, in 1 eine sehr grosse Besserung, in 6 eine genügende, in 3 gar keine Besserung. Einige Fälle kamen wiederholt zur Behandlung. In den 3 total geheilten Fällen wurde die frühere Sehkraft nicht erreicht. — Wenn der Verf. seine Fälle mit den schon publicirten Fällen der Netzhautablösung zusammenrechnet, so sind bis jetzt 41 Fälle in dieser Weise behandelt. — 13 von ihnen sind geheilt. Das ergiebt 29 %! Ein unglaubliches Resultat, welchem auch Verf. wenig Bedeutung zuschreibt, da dies meist besonders günstige Fälle sind. Immerhin kann keine einzige Methode der Therapie von Netzhautablösungen bessere Resultate aufweisen. Ziemacki.

Jaksch: Thallin. (Wien. med. Blätter 6. Nov.).

J. fand bei der Untersuchung einer Reihe von Chinolinbasen welche auf synthetischem Wege durch Prof. Skraup dargestellt wurden, eine derselben, das *Tetrahydroparachinasol* als *stark antipyretisch wirkend*. (Beide schlagen vor, das Präparat der Kürze wegen *Thallin* zu nennen, weil alle seine Salze bei der Behandlung mit Fe_2Cl_6 und anderen oxydirenden Substanzen grüne Verbindungen geben). Die an 86 mit verschiedenen fieberhaften Krankheiten behafteten Kranken angestellten Versuche lehrten, dass das salzsaure, schwefelsaure und weinsaure Thallin in Gaben von $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}-\frac{3}{4}$ Grammen ohne unangenehme Nebenwirkungen (abgesehen von gelegentlichen Schweissen und Schüttelfrösten bei rasch von Neuem ansteigendem Fieber) die Temperatur stark herabdrückt. Diese Thallinsalze reagiren alle sauer, lösen sich leicht in Wasser und werden per se in Oblaten gegeben. — Prof Jaksch äussert sich trotz der erhaltenen günstigen Resultate sehr vorsichtig über die künftige Stellung, welche das neue Mittel in der Reihe der Antipyretica einnehmen könnte. — Prof. Nothnagel meint, dass die wissenschaftliche antifebrile Methode bei aller ihrer Vorzüglichkeit, doch manchmal zu Extremen führe; man dürfe nicht jedes Fieber, das zuweilen als wohlthätige Reaction auftrete, unterdrücken; man kenne hierbei freilich nicht den Modus der wohlthätigen Fieberwirkung, doch ist es möglich, dass, in Uebereinstimmung mit Metschnikow's Theorie, die Phagocyten bei einer höheren Temperatur die niederen besser vernichten, als bei niedriger. Temperaturen von 39°, namentlich von nicht langer Dauer, erfordern keine energische Antipyrese, ebenso bringen im Allgemeinen Temperaturen von 40° keinen grossen Schaden, steigt aber die Körperwärme über 40°, so muss mit genügenden Gaben energisch eingeschritten werden. (Wratsch № 45).

B. Auerbach (Köln): Ueber Verbreitung des Typhus durch Milch. (Deutsch. med. Wech. 1884. № 44.)

Während Hart auf dem internationalen medicinischen Congress in London bereits über 50 Epidemien von Typhus mit rund 3,500 Erkrankungen, 15 Epidemien von Scharlach mit 800 und 7 von Diphtherie mit 500 Erkrankungen in Folge des Genusses inficirter Milch berichtete, ist ein derartiges Vorkommniss sonst nirgends beobachtet worden. Im Sommer 1883 traten in Köln in mehreren vornehmen Häusern, die ihre Milch von einem vor der Stadt gelegenen Hofe beziehen, Typhuserkrankungen in rascher Folge auf. Es waren im Ganzen vom Januar bis October 270 Typhusfälle vorgekommen, davon entfallen 56 Kranke, bei denen der Genuss der inficirten Milch nachgewiesen ist, auf nur 21 Häuser, während sich die übrigen 214 Fälle auf 163 Häuser vertheilen. Die Erkrankungen fallen in die Zeit vom April bis 25. September; wir wissen, dass auf dem milchversorgenden Gute im Januar ein Knecht erkrankt war und weitere 4 Fälle sind vom April bis Ende Juni als sicher constatirt. Betrachten wir nun die grosse Betheiligung derjenigen Häuser, die direct Milch von dem betreffenden Gute bezogen haben, während diese Häuser den besseren Klassen und Stadttheilen angehörig, locale Schädlichkeiten nicht darbieten, das vorwiegende Erkranken des

weiblichen Geschlechts, der Dienstboten und älteren Kinder in diesen Häusern (im Allgemeinen pflegen Weiber und Kinder mehr Milch zu verzehren als Männer und Erwachsene), das häufige Vorkommen mehrerer Typhusfälle in demselben Hause, die zeitliche Congruenz dieser Fälle mit den Erkrankungen auf dem milchversorgenden Gute, so ist es im hohem Grade wahrscheinlich, dass die Milch die Infectionsquelle gewesen ist.

«Der gewöhnlichste Weg, sagt Hart, auf dem bei Typhusepidemien das Gift in die Milch gelangte, ist die Verunreinigung des Brunnenwassers mit Typhusstühlen, das zum Spülen der Milchgefässe benutzt wurde und oft, wie man befürchten muss, zur Verdünnung der Milch selbst, wofür in den officiellen Berichten «Spülen der Milchgefässe» ein passender Euphemismus geworden ist, um bedachtsam des Aufwerfen unliebsamer Fragen zu vermeiden.» In 22 der 50 durch Milch hervorgerufenen englischen Typhusepidemien ist dies ausdrücklich erwähnt; bei 10 dieser Epidemien und 4 solcher von Scharlach war die Person, die die Geschäfte der Milchwirthschaft besorgte und die Kühe melkte, zugleich Wärter bei einem von der Infectionskrankheit Befallenen. In anderen Fällen soll die Infection durch Wäsche der Typhuskranken, die mit den Milchgefässen in Berührung kam, Schuld tragen, in anderen waren die Milchgefässe in unmittelbarer Nähe der Krankenzimmer. In Köln war die Schlafkammer der Knechte ein dumpfes, feuchtes Gelass, dem Kuhstall angebaut und von diesem zugänglich. Und so konnte bei der Erkrankung der Knechte das Gift wohl seinen Weg zur Milch finden.

Dr. Hertzka — Karlsbad.

Prof. Soltmann: Ueber Phosphorwirkung bei Rhachitis.
(Breslauer ärztliche Zeitschrift № 9).

M. Weiss: Ueber Phosphorbehandlung der Rhachitis.
(Prag. med. Wochenschrift №№ 23, 24, 25).

E. Wegner war der erste, der die interessante Beobachtung machte, dass bei jungen, noch wachsenden Thieren, wenn denselben Phosphor in bestimmten Gaben gereicht wird, an den Diaphysenenden der Röhrenknochen sich ein festes, derbes Gewebe bildet, das statt der weiten Markräume nur ganz enge Knochenkanälchen enthält, und dass in dem genannten Gewebe «der grösste Theil der proliferirten Knorpelzellen sich nicht in Markzellen, sondern in Knochenkörperchen umwandelt», so dass bei fortgesetzter Phosphorfütterung fast die ganze Spongiosa der Diaphysenenden in solide Knochenmasse verwandelt wird. Doch hat Wegner diese seine Entdeckung nicht zu therapeutischen Zwecken verwandt, und erst Kassowitz in Wien machte den Versuch, den Phosphor als Heilmittel bei der Rhachitis anzuwenden. Der Erfolg rechtfertigte den Versuch in glänzender Weise. Bei 560 mit Phosphor behandelten rhachitischen Kindern sah K. fast ausnahmslos eine bedeutende Besserung der rhachitischen Erscheinungen, und nicht nur waren es ganz kleine Kinder, bei denen sich das Mittel bewährte, auch bei älteren trat eine entschiedene Wendung zum Besseren ein. — Soltmann räth daher aufs Wärmste, mit dem Kassowitzschen Mittel weitere Versuche zu machen, um auf diese Weise den unglücklichen rhachitischen Kindern Linderung ihrer Leiden zu schaffen. Die Gaben, die Kassowitz seinen Pat. giebt, schwanken zwischen 0,5—2 Milligrm. pro die, die in Form von Pillen, als Emulsion oder als Phosphorleberthran gegeben werden.

Im grellen Gegensatz zu dem eben Gesagten stehen die Resultate, die Weiss mit dem Phosphor bei Rhachitischen erlangte. In 8 von ihm behandelten Fällen, in denen das Mittel in der von Kassowitz als Mitteldose angegebenen Gabe von 0,5 Milligrm. pro die gegeben wurde, konnte nur 1 Mal eine merkliche Besserung während des Gebrauchs constatirt werden. 3 Mal war der Erfolg ein negativer, 3 Mal trat sogar Verschlimmerung der rhachitischen Beschwerden auf, und im letzten 8. Falle konnte die Beobachtung (wegen Weigerung von Seiten der Eltern gegen das Mittel) nicht zu Ende geführt werden. W. hat durchschnittlich im Ganzen 0,06 Gr. von dem Mittel nehmen lassen, und spricht sein Urtheil über dasselbe dahin aus, dass er es jedenfalls nicht als ein Specificum ansehen könne, wenngleich er einräumt, dass vielleicht neue Versuche, an denen er auch selbst wieder arbeitet, einen günstigeren Erfolg geben könnten.

S.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Friedlaender: Mikroskopische Technik. Berlin 1884.
2. vermehrte und verbesserte Auflage.

Ein ganz vorzügliches, durch und durch praktisches Buch, nicht bloss geeignet, den Anfänger in die Technik des Mikroskopirens einzuführen, sondern auch dem erfahreneren Pathologen unentbehrlich, der sich mit allen Methoden, wie sie in der neuesten Zeit bei den medicinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen, sollen diese abgeschlossen sein, zur Verwendung kommen müssen, bekannt machen will. Natürlich ist der Nachweis und die Färbung der Schizomyceten sehr eingehend berücksichtigt und sind alle die betreffenden Methoden wie die Koch'sche, Ehrlich'sche, Graus'sche etc., sowie die Anfertigung der Trockenpräparate in möglichster Kürze und doch in grösster Klarheit dargelegt. Eine sauber ausgeführte lithographische Tafel giebt uns ein anschauliches Bild von den mannigfachsten Mikroparasiten, den pathogenen sowohl, wie den als unwesentlichere Bestandtheile vorkommenden. Neben Fäulnissbacterien haben wir hier die Gonokokken, die Pneumoniekokken, die Milzbrand- und Tuberkelbacillen, die Stäbchen bei Ileotyphus etc. etc.

Dabei sind die übrigen Gebiete der pathologischen Anatomie durchaus nicht zu kurz gekommen. Namentlich dankenswerth sind die Anweisungen in Betreff Untersuchung der verschiedenen Se- und Excrete des Blutes, des Magen- und Darminhaltes.

Das Buch erscheint in 2. Auflage im Verlage der Th. Fischerschen Buchhandlung und lässt in seinem Aeusseren nichts zu wünschen übrig.

—s.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 6. Februar 1884.

Dr. Sesemann theilt folgenden Krankheitsfall mit: Anna Waruchin, Kleinbürgerstochter, 6 Jahre alt, trat am 8. Januar 1884 in's Elisabethhospital. Nach Aussage der Vorsteherin des Asyl's, in dem das Kind sich befand, erkrankte dasselbe am 4. Januar an Fieber, welches sich zum Abend steigerte und klagte Pat. über Kopfschmerz, späterhin stellte sich Durchfall ein. Temp. am Abend der Aufnahme 40°. Die Untersuchung ergab: Kind von normalem Körperbau, mittelgutem Ernährungszustande, klagt über Kopf- und Leibschmerzen. Gesichtsausdruck etwas leidend, Zunge belegt, nicht sehr trocken; oberflächliche Lymphdrüsen nicht merklich vergrössert. Haut heiss. Bauch mässig aufgetrieben, bedeutende Empfindlichkeit bei Druck, mehr in der Ileocoecalgegend und im Epigastrium. Extremitäten warm. Puls 116. Das Athmen beschleunigt, 28 in der Minute. Am folgenden Morgen Temp. 40,5. H. R. O. etwas kleinblasiges Rasseln, H. R. U. Crepitation und Dämpfung. Obere Grenzen der Leber und Milzdämpfung normal. — untere Grenzen wegen der Empfindlichkeit und Auftreibung des Bauches unbestimmbar. Herztöne normal. Ein dünner gelblicher Stuhl. Temp. am Abend 39°. Am 10. Januar Morgentemperatur 40,3. Resp. 32. In der rechten Lunge H. O. das kleinblasige Rasseln etwas verstärkt, der Bauch mehr aufgetrieben und empfindlicher als am Tage vorher. Die Schmerzhaftigkeit gleich stark an allen Stellen des Bauches. Es erfolgt Erbrechen graulicher Massen, kein Stuhl in 24 Stunden. Der Gesichtsausdruck sehr leidend, die Augen eingefallen, die Gesichtsfarbe etwas livide. Nach einem Clysma erfolgt eine Entleerung graulicher Massen. Temp. *Ab.* 40,4. Am 11. Temp. 39,4. Am Gesicht, hinter den Ohren *und am Halse* erscheinen rothe Masernähnliche Flecke. Erbrechen *häufiger, Bauch* stark aufgetrieben. Resp. 56. Puls 124, fadenförmig, Extremitäten kalt. Temp. Ab. 40,3. Um 5 Uhr Morgens erfolgt der Tod. Sectionsbefund: Gut entwickeltes, mässig genährtes Kind, Gesicht etwas gedunsen, livid, Bauch stark aufgetrieben. Im Gesicht und am Halse einige grössere und kleinere bläulich-rothe blasse Flecke. In der Luftröhre eitriger Schleim, die Mucosa geröthet und leicht geschwellt. Lungen beiderseits vollkommen frei, in den Bronchien eitriger Schleim. Beide Lungen ziemlich gleichmässig — rechts vielleicht in etwas höherem Grade — von einer Unzahl frischer, bräunlicher linsen- bis bohnengrosser catarrhalischer Herde durchsetzt. Bronchialdrüsen weder vergrössert noch irgendwie käsig afficirt. Im Herzbeutel einige Tropfen Flüssigkeit, das Herz mässig gross, etwas schlaff, sein Fleisch gelblichgrau, missfarbig. In der Bauchhöhle mehrere Pfund eitrig-seröser Flüssigkeit untermischt mit hier und da abgelagerten Eiterflocken. Die Därme unter einander und mit den umgebenden Organen stellweise leicht verklebt. Leber etwas fettig entartet, gross. Milz um's Doppelte vergrössert, weich. Nieren normal. Mesenterialdrüsen völlig normal, mit Ausnahme der um's Duodenum belegenen. Die Schleimhaut am Magen und Duodenum etwas geröthet und geschwellt, im übrigen Darmtract normal. Sämmtliche Lymphdrüsen um Duodenum und Pankreas herum zum kleinern Theil geschwellt und vergrössert. zum grössern Theil aber vollkommen käsig degenerirt und unter einander wie auch mit Duodenum und Pankreas fest verbacken. Die Mehrzahl der verkästen Drüsen sind zugleich auch bedeutend vergrössert, doch befinden sich darunter auch zahlreiche Drüsen, linsen- bis pfefferkorngross, die in eine schmierige Masse umgewandelt sind. Diese erweichten Drüsen haben nun das untere transversale Stück des Duodenum von Aussen nach Innen mehrfach perforirt und zwar meist nur mit ganz kleinen, gleichsam wie mit dem Locheisen herausgeschlagenen Oeffnungen, die ausserhalb der Darmwand theilweise mit einander communiciren. Die Perforation an und für sich hätte den Tod des Kindes nicht herbeigeführt, wie eine ähnliche Perforation uns vor einiger Zeit darüber belehrte, die am Magensack stattgefunden hatte und die nach Entleerung des Drüseninhaltes vernarbte, wie es am Präparate zu sehen ist. Der Tod wurde hier vielmehr dadurch herbeigeführt, dass die Capsel der erweichten Drüse um eine etwa erbsengrosse Perforationsöffnung nicht fest genug mit dem Duodenum verwachsen war und daher bei Bewegung des Darms einriss, vielleicht auch vom Darmsecret arrodirt wurde und auf diese Weise Darminhalt in die Bauchhöhle seinen Weg fand. Dr. Sesemann demonstrirt am vorliegendrn Präparat die geschilderten Verhältnisse.

Dr. Amburger demonstrirt ein Herz mit hochgradiger Mitralstenose; der rechte Ventrikel ist hypertrophirt und dilatirt, der

rechte Vorhof excessiv dilatirt auf c. Mannesfaustgrösse, der linke Ventrikel ist klein und bildet nur einen Appendix zum ganzen Herzen. Das Mitralostium ist auf einen schmalen Schlitz verengt, der kaum die Kuppe des kleinen Fingers eindringen lässt, das ostium v. tricuspidalis dagegen ist enorm erweitert, lässt die zusammengelegten 5 Finger bequem eindringen. Die Klappen der Arterien sind normal beschaffen. Die klinische Beobachtung dieses Falles bot eine bemerkenswerthe Erscheinung dar. Der 47-jährige Hausknecht Sergei Uljanow, wurde am 18. September in's Maria-Magdalenen-Hospital aufgenommen; er klagte über Herzklopfen und Athembeschwerden die binnen 6 Jahren stetig zugenommen. Pat. ist sehr abgemagert, das Gesicht cyanotisch, die Jugularvenen ausgedehnt, undulirend, Oedem der Füsse und Unterschenkel. Radialpuls klein, weich, intermittirend, c. 80. Das Herz ist im Breitendurchmesser vergrössert, reicht nach rechts fast bis zur Linea parasternalis d, links fast bis zur Lin. axilliar. anterior. Choc schwach über den 6. Intercostalraum verbreitet; schwaches Frémissemt über dem 4. und 5. Intercostalraum. Ueber der Mitralis hört man 2 laute Geräusche, das erste kurz, weicher, das diastolische protrabirt, rauh. Der 2. Pulmonalton ist stark accentuirt. Die Töne über der Aorta schwach, rein. Bei Digitalisgebrauch wird die Herzdämpfung kleiner, der Puls regelmässig 60, bleibt aber klein. Die Diurese wird gesteigert, der Harn enthält kein Eiweiss. Die Cyanose gemindert, subjective Befriedigung. Während des October war das Befinden leidlich, im November wird der Hydrops stärker, allgemeiner; es entwickeln sich die Kennzeichen einer relativen Insufficienz der Tricuspidalis mit deutlichem Venenpuls an den Jugulares. Von Anfang December bis zum Tode am 29. Januar wurde nun folgendes Phänomen beobachtet; bei einer nur zwischen 32 und 40 schwankenden Pulsfrequenz wurden in jeder Herzphase 3 ganz getrennte Geräusche gehört; systolisches Geräusch der Mitralis, gleich danach systolisches Geräusch der Tricuspidalis und das rauhe langdauernde diastolische Stenosengeräusch, das bis zur Systole fortdauerte; der ungleichzeitigen Contraction der beiden Ventrikel entsprach die zeitlich ganz zu differencirende Pulsation an den Halsgefässen; zwischen Carotis und Jugularpuls war sicht-, hör- und fühlbar ein constantes Zeitintervall vorhanden.

Dr. Lingen theilt mit, dass im Marien-Magdalenenhospital in voriger Woche ein Fall von acuter Leberatrophie an einem 18-jährigen Mann zur Beobachtung kam. Pat. war bei der Aufnahme sehr benommen, klagte nur über Kopfschmerz, Nausea. Allgemeiner intensiver Icterus, Leber deutlich verkleinert, unempfindlich, Temp. 37, Puls 48. Die folgenden 9 Tage ist Patient vollkommen bewusstlos, lässt Urin und flüssigen Stuhl in's Bett, die Leber ist percutorisch nur als schmaler Streifen der den Rippenrand nicht erreicht zu bestimmen. Tod am 3. Tage des Hospitalsaufenthaltes. Die Section ergab bedeutend verkleinerte Leber, besonders im linken Lappen, der ganz flach erscheint, hier ist auf dem Durchschnitt das Parenchym gleichmässig graugelb, die Consistenz weich, brüchig; der rechte Leberlappen dagegen bietet auf dem Durchschnitt abwechselnd röthliche und gelblichgrüne Flecke, letztere jedoch überwiegen und im Bereiche derselben ist das Parenchym weicher und brüchiger. Nirgends ist Läppchenzeichnung auf den Durchschnitten erhalten. Die Magen- und Darmschleimhaut bietet nichts Abnormes. Die Nieren normal. Die Milz vergrössert, hyperämisch, von weicher Consistenz.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 13. November 1884.

Dr. Weber (Gast) macht einige Mittheilungen *über eine Reise in die Krim*, deren balneologische Verhältnisse er im Auftrage der balneologischen Section der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit zu studiren hatte. Besonders lenkte W. die Aufmerksamkeit auf das *Baydar'sche Hochthal*, welches bereits von Dr. Kabat zu Sanitätsstationen empfohlen worden. W. schildert nun die geographischen Verhältnisse dieser Gegend und empfiehlt sie zu Höhencurorten.

Dr. Selenkow demonstrirt das Präparat eines Aneurysma *der Art. femoralis*, welches einem 70-jährigen Greise entstammt und nach einer Stichverletzung entstanden ist (der Fall ist in № 49 der Wochenschr. veröffentlicht).

Dr. Fremmert berichtet über *einen Fall von Leukoplakie* (zur Veröffentlichung bestimmt).

Dr. Ebermann hat einen ähnlichen Fall bereits seit 15 Jahren in Beobachtung.

Dr. Schmitz kennt ebenfalls einen Fall von Leukoplakie, welcher jedoch von Zeit zu Zeit geringer wird, wenn sich der chronische Magencatarrh bessert. Syphilis hat in diesem Falle nicht vorgelegen.

Secretair: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Ueber Geheimrath Dr. James Schmidt, welcher heute sein 50jähriges Doctorjubiläum feiert, bringen wir nachstehend einige kurze biographische Notizen.

S. wurde im Jahre 1809 in Petersburg geboren, erhielt seine Schulbildung im Gymnasium zu Dorpat und wurde daselbst im Januar 1829 für das Studium der Medicin immatriculirt. Am 15. December 1834 zum Doctor der Medicin promovirt, besuchte er darauf 2 Jahre lang verschiedene Universitäten des Auslandes. 1836 nach Petersburg zurückgekehrt, wurde er 1837 am 9. November als ausseretatmässiger Ordinator an der geburtshülflichen Abtheilung des Findelhauses angestellt. 1841 Repetitor, 1844 Professor, 1852 Director dieser Abtheilung. 1859 Leibaccoucheur, 1859 zum Mitglied des Medicin.-Philantropischen Comité's gewählt. 1860 Wirklicher Staatsrath, in demselben Jahre berathendes Mitglied des Medicinalraths, 1861 Präsident des Baucomité's beim Bau des neuen Entbindungshauses in der Nadeshdinskaja. Mehrmals abcommandirt nach Mecklenburg, Warschau, Tiflis. 1869 Geheimrath. 1870 trat er von der Stelle eines Directors des Entbindungshauses zurück. 1875 fungirte er zuletzt in der Kaiserlichen Familie.

— Wie wir erfahren haben, übernimmt Dr. M. Galanin an Stelle des zurücktretenden Dr. Swjatlowski die Redaction des «Med. Westnik».

— Um das Andenken des verstorbenen Präsidenten der hiesigen medicinischen Akademie, Dr. Dubowizki, welcher sich grosse Verdienste um dieselbe erworben, zu ehren, ist auf Initiative der Conferenz dieser Akademie eine Subscription behufs Aufstellung der Büste des Verstorbenen in einem der Institute der Akademie eröffnet worden. Die Spenden sind an die militär-medicinische Akademie einzusenden. Dem Verstorbenen verdankt die Akademie unter Anderem die Einrichtung des s. g. Professoren-Instituts und vieler neuen Laboratorien, den Bau neuer Kliniken, des Anatomicums u. s. w.

— Der Privatdocent der hiesigen militär-medicinischen Akademie Dr. Lösch ist zum ausserordentlichen Professor der Diagnostik und Propädeutik an der Kiewer Universität ernannt worden.

— Zum Professor der operativen Chirurgie an der Universität Kasan ist der Privatdocent Dr. N. Studenski ernannt worden.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Akademie hat den früheren Prof. extraord. an dem nunmehr aufgehobenen hiesigen Veterinär-Institut Woronzow mit Stimmenmehrheit zum Professor-Adjunct für den Lehrstuhl der Epizootien gewählt. (Wr.)

— *Verstorben*: 1) In Riga der Oberarzt des Malojaroslaw'schen Infant.-Regiments K. Kurnatowski, welcher im August d. J. sein 25jähriges Dienst-Jubiläum feierte. 2) In Woltschansk erschoss sich der jüngere Arzt des Woronesh'schen Infant.-Regiments Dr. Koplewski. 3) In Wolhynien starb am 30. November am Flecktyphus der Arzt im Flecken Olyka Wainlund im 30. Lebensjahre.

— Bei Juden herrscht eine Unsitte, welche wohl einen grossen Einfluss auf die Entstehung des Puerperalfiebers und anderer damit verwandter Krankheiten hat. Es wird nämlich die Placenta sogleich nach der Extraction in einen Topf gelegt. Der Topf wird unter das Bett der Wöchnerin gestellt und bleibt daselbst so lange stehen, bis dieselbe das Bett verlässt. Es ist sehr leicht zu verstehen, in welch' hohem Grade durch die entstehende Fäulniss die umgebende Luft verpestet und die Möglichkeit der Infection gegeben wird.

(Medycyna № 12.)

Vacanzen im Militär-Medicinal-Ressort.

I. *Oberärzte*: 1) im Ujasdow'schen Militär-Hospital in Warschau; 2) im Kasan'schen Militär-Hospital; 3) im Ssuram'schen Militär-Hospital (Kaukasischer Bezirk) und 4) in der Kaukasischen Grenadier-Division.

II. *Aeltere Aerzte*: im *Kaukasischen Bezirk*: 1) in der Verwaltung der Kars-Alexandropol'schen Festungs-Artillerie und 2) im Pjatigorskischen örtlichen Lazareth. — Im *Omskischen Bezirk*: 3) im Borochudsir'schen örtl. Lazareth. — Im *Irkutskischen Bezirk*: 4) im Krassnojarskischen örtl. Lazareth (Stadt Krassnojarsk). — Im *Amur-Bezirk*: 5) der Posten eines Secretären aus der Zahl der Aerzte und 6) der eines Arztes zu Abcommandirungen V. Kategorie (Stadt Habarowka).

III. *Kreisärzte*: bei der Militär-Gebiets-Verwaltung im *Turkestan'schen Bezirk*: 1) in der Stadt Tschust; 2) in der Stadt Chodschent und 3) in der Stadt Turkestan.

IV. *Jüngere Aerzte* (VI. Kategorie): Im *Wilnaschen Bezirk*: 1) in der Verwaltung des Chefs der fliegenden Artillerie-Parks (Stadt Wilna); 2) im 102. Wjatka'schen Inf.-Reg. (Stadt Grodno) und 3) jüngerer Ordinator im Kowno'schen Militärhospital. — Im *Warschauer Bezirk*: 4) im 13. Bjeloserskischen Inf.-Reg. (Stadt Nowo-Minsk) und 5) im 25. Ssmolenskischen Inf.-Reg. (St. Kosenitzy), — Im *Charkow'schen Bezirk*: 6) im 36. Orel'schen Inf.-Reg. (St. Konstantinograd); 7) in der 5. Artillerie-Brigade (Stadt Neshin) und 8) im 141. Moshai'schen Inf.-Reg. (St. Woronesh). — Im *Turkestan'schen Bezirk*: 9) im 14. Turkestan'schen Linien-Bataillon (St. Margelan im Ferghana-Gebiet). (Med. Nowosti.)

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs am 2. December 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2619	1778	4397
Kinderhospitäler	130	169	299
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	134	71	205

Scharlach	20	16	36
Pocken	20	9	29
Venerische Krankheiten	472	364	836

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 25. Nov. bis zum 1. December 1884 besucht von 2267 Kranken, darunter zum ersten Mal von 935.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 2. bis 8. December 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
238	257	495	103	37	65	13	8	15	47	56	47	46	32	21	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 6, Masern 0, Scharlach 5, Diphtherie 12, Croup 5, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1. Dysenterie 2, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 33, andere Gehirnkrankheiten 22, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 64, Lungenschwindsucht 91, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 78, andere Krankheiten der Bauchhöhle 18, angeborene Schwäche und Antrophia infant. 33, Marasmus senilis 21, Cachixia 28.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 8.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	16—22 Nov.	190 115	85	7	23,2	8,2	33,4
Kopenhagen	19—25 Nov.	267 000	153	39	29,8	25,5	38,3
Berlin	23—29 Nov.	1 192 203	619	113	26,1	18,2	36,3
Wien	23—29 Nov.	759 849	358	25	24,5	7,0	37,3
Brüssel	16—22 Nov.	171 293	80	7	24,3	8,7	28,5
Paris	23—29 Nov.	2 239 928	1239	186[1]	28,7	15,0	28,7
London	23—29 Nov.	4 019 361	1716	188	22,3	10,9	33,4
St. Petersburg	**30 Nov.—6 Dec.**	**928 016**	**468**	**62**	**26,2**	**13,2**	**32,3**

[1]) Einschliesslich an Cholera 74.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Januar 1885.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. December c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 14 Декабря 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

NEUE FOLGE. St. Petersburger I. JAHRGANG.
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 51. **St. Petersburg, 22. December (3. Januar 1885)** **1884.**

Zur Wirkung des Chinidinum sulfuricum[1]) bei Fiebernden.

Von

Dr. med. A. Hartge,

Assistent an der medicinischen Klinik zu Dorpat.

Seit einer Reihe von Decennien ist man allenthalben eifrig bemüht gewesen, Surrogate für's Chinin zu schaffen, und hat das Forschen nach neuen Fiebermitteln verschiedene werthvolle Medicamente zu Tage gefördert, wie die Salicylsäure, das Kaïrin und Antipyrin. Wenn über die beiden letzteren Mittel die Acten auch noch nicht geschlossen sind, so ist doch bereits die Annahme gestattet, dass das Chinin durch die genannten Medicamente in den meisten Fällen sehr gut ersetzt werden kann; ich sage in den meisten Fällen, denn es ist einem Jeden sehr wohl bekannt, dass bei der Intermittens beispielsweise die dominirende Stellung des Chinin noch in keiner Weise erschüttert ist. Auch ist die Wirkungsdauer des Kaïrin und Antipyrin eine weit kürzere als die des Chinin.

Bei Gelegenheit einer Arbeit von mir über das Chinidin «Beiträge zur Kenntniss der Chinidin- (Conchinin-) Resorption nebst Berücksichtigung seines forensisch-chemischen Nachweises» (Inaugural-Dissert., Dorpat 1884), gab mir die Durchmusterung der wenig reichhaltigen Literatur über diesen Gegenstand an die Hand, dass bereits vor dreissig Jahren das Chinidin die Aufmerksamkeit der Kliniker hier und da in Anspruch zu nehmen begonnen hatte. Ich gestatte mir daher eine kurze chronologische Vorführung der Versuche und Resultate, welche man mit dem Chinidin an Fiebernden gewonnen: Wunderlich war der Erste, welcher dem Chinidin Anerkennung zu verschaffen suchte, indem er dasselbe im Jahre 1855 auf der medicinischen Klinik in Leipzig in ausgedehntem Maasstabe in Anwendung zog. Er empfiehlt in der zweiten Auflage seines Handbuches das neutrale schwefelsaure Chinidin als «ein dem Chinin an Wirksamkeit fast vollkommen gleichstehendes Präparat». Diese Empfehlung ging fast in alle Handbücher der damaligen Zeit über. In Madras wurden auf Veranlassung der ostindischen Regierung an 376 Malariakranken (grösstentheils Quotidiana) Versuche mit dem Chinidin angestellt, als Resultat ergaben sich 365 Heilungen. Gleiche Erfolge hat Macchiavelli 1875 bei Malaria in den italienischen Militärhospitälern erlangt. Strümpell[2]) hat Chinidin bei Erysipelas, Puerperalfieber, Pneumonie und Abdominaltyphus dem Chinin in der Wirkung gleichstehend gefunden. Ziemssen in München erhielt dieselben günstigen Effecte. Steffen urtheilt über Chinidin bei Kindern nicht besonders günstig. Wir sehen hieraus, dass eine Reihe namhafter Autoren sich einstimmig sehr günstig über das Chinidin geäussert haben, wobei sie immer die Analogie desselben mit dem Chinin hervorheben. — Dieser Umstand war auch für mich maassgebend, seine Wirkungsweise bei Fiebernden persönlich kennen zu lernen. Das mir zu Gebote stehende Krankenmaterial entnahm ich mit der Erlaubniss der Herren Proff. Fr. Hofmann und A. Vogel zum Theil der hiesigen medicinischen Station, wofür ich mich den Herren zu Dank verpflichtet fühle, und zwar waren es 1 acute Miliartuberculose, 2 Ileotyphus, 1 Pneumonie, 1 Pleuritis, 1 Malaria. Selbstverständlich hätte ich auch eine grössere Reihe von Fiebernden, ausgenommen Malaria, welche Krankheit in Dorpat äusserst selten, mit Leichtigkeit in meine Versuche hineinziehen können, hielt es aber für überflüssig, da mir die Analogie zwischen den Strümpell'schen und meinen Erfahrungen sofort in eclatanter Weise klar wurde; auch war mein Vorrath an Chinidin kein unbegrenzter. — Ich benutzte immer das von Jobst aus Stuttgart bezogene neutrale schwefelsaure Chinidin, mit dem auch Strümpell seine Versuche anstellte; der Preis desselben stellt sich auf die Hälfte billiger als der des Chinin.

I. Ph. S., 24 a. n., von 50 Kilo Körpergewicht, Schüttelfrost vor 5 Tagen, Aufnahme in die Klinik am 27. Nov. 1883, acute Miliartuberculose. Abendtemp. 39,7, Puls 100.

[1]) Husemann, die Pflanzenstoffe (Berlin 1883), giebt eine ziemlich genaue Zusammenstellung der Literatur über Chinidin.

[2]) Berlin. kl. Wochenschr. 1878.

28. Nov.	M.T. 39,0	P. 96		A.T. 39,6		P. 100
29. «	« 39,6	« 100	Chinidin. sulf.	6 h. 37,1; 9h.36,9		« 80
30. «	« 38,1	« 90		A.T. 39,9		« 100
1. Dec.	« 38,4	« 100	Chinidin. sulf.	« 37,2		« 80
2. «	« 38,5	« 92		« 39,5		« 96
3. «	« 39,6	« 104	Chinidin. sulf.	« 38,2		« 92
4. «	« 39,0	« 90		« 39,0		« 102

Vom 4. bis 12. Dec. bewegen sich die immer relativ höheren Abendtemperaturen zwischen 38,7 und 39,7.

12. Dec. M. T. 39,4, P. 106, Chinidin. A. T. 37,0, P. 86.

Erscheinungen: Am 29. Nov. erhält Pat. 2,4 Chinidin sulf. in Pillen (48 Mgrm. pro Kilo) um 11 h. Vorm. Gegen 12 h. Brechneigung, dann Ohrensausen, grosse Schwerhörigkeit, Funkensehen, Benommenheit des Sensoriums, Schlafsucht und starker Schweissausbruch. Die Bronchialsecretion ist sehr profus, so dass ein tiefer Schlaf für den Patienten einigermaassen gefahrdrohend ist, was vorher schon bei geringen Morphiumgaben constatirt worden, daher läuft er auch hier Gefahr, im Schlaf zu ersticken. Gegen Abend hat er noch einen schweren Kopf. Am 1. Dec. Darreichung von 1,2 Chinid. in Pillen (24 Mgrm. pro Kilo) um 11 h. Vorm. Um 12 h. speist er noch mit Appetit sein Mittagsessen, liest darauf in einem Buch, muss jedoch diese Beschäftigung bald aufgeben, weil sich successive Schwindel, Schwere in den Gliedern, Ohrensausen, Unvermögen die Buchstaben zu fixiren, grosse Schläfrigkeit einstellen. Sein Schlaf ist wiederum so tief, dass er wegen der Erstickungsgefahr überwacht werden muss. Einmaliges Erbrechen um 2 h.; starkes Schwitzen. Am 3. Dec. 1,2 Chinidin in Pillen. Obige Erscheinungen treten in weit geringerem Grade auf, nur die Schlafsucht und der Schweissausbruch sind gross. Ebenso verhalten sich die Erscheinungen am 12. Dec. auf 1,2 Chinid. in Lösung.

II. P. K., 28 a. n. Körpergewicht 60 Kilo, krank seit ca. 2 Wochen. Ileotyphus. Anfangs erhielt Pat. Chininum sulf.

14. Nov.	M. T. 40,1	Chinin. sulf. (1,2 grm.)	A. T. 39,3
15. «	« 40,2	Bäder	« 40,3
16. «	« 39,8	Chinin. sulf. (2,4)	« 39,7
17. und 18. «	« 39,3	Bäder	« 39,9
19. «	« 39,4	Chinidin. sulf. (2,4)	« 39,5

Von jetzt ab treten deutlich spontane Morgen- und Abendremissionen auf; um diese zu unterstützen, erhält er am 25. und 26. Nov. je 1,2 Chinidin. sulfur., worauf die Temperaturen fernerhin die normalen Grenzen nicht mehr überschreiten. Die Erscheinungen auf 2,4 Chinidin (40 Mgrm. pro Kilo) sind dieselben wie bei 2,4 Chinin und bestehen in etwas Harthörigkeit, Ohrensausen, Schwindel und gelindem Schweissausbruch. 1,2 Chinidin geben nichts Subjectives. Wenn das Chinidin hier keinen sehr merklichen Einfluss auf die Temperatur direct ausübt, so ist dies auch beim Chinin ebenso wenig der Fall; das Fieber ist hier gegen beide Mittel sehr resistent.

III. A. G., 24 a. n., 58 Kilo schwer, seit 10 Tagen erkrankt. Ileotyphus. Therapie: Bäder und Chinid. sulfur.

21. Febr. 1884	Morg.T. —		A.T. 39,6
22. «	« 39,7	Chinid. 2,4 g.	« 38,6
23. «	« 37,5		« 39,6

Morgens machen sich jetzt deutliche Remissionen bemerkbar, Abendtemperaturen schwanken vom 23. Febr. bis 1. März zwischen 39,1 und 39,7.

1. März	M.T. 37,8	Chinidin 2,4 grm.	A.T. 38,3
2. «	« 37,9		« 39,2
3. «	« 37,5		« 39,6

Abendremissionen treten deutlich hervor und erreichen nach einer Woche die normale Höhe. Erscheinungen nach dem Chinidin bestehen hier in Ohrensausen und Schwerhörigkeit, welch' letztere um so unangenehmer empfunden wurde, als Pat. auf einem Ohre von Kindheit an taub war.

IV. W. M., 23 a. n., Pleuritis serosa dextra, Körpergewicht 61 Kilo. Die Temperaturen bewegen sich vom 11. bis 15. März zwischen 39,0 und 40,2. Am 16. März Morgens 39,3, Abends 40,2. Patient erhält am Abend 1,2 Chinidin. Etwas Ohrensausen, Schläfrigkeit und starker Schweissausbruch.

17. März Morgentemp. 38,4, Abendtemp. 38,9. Am folgenden Tage beträgt die Abendtemp. wieder 40,0 und hält sich auf dieser Höhe noch eine Woche, bis ihr durch Punctionen ein Ende gemacht wird.

V. A. T., 56 a. n., Pneumon. croupos. sinistra. 7. Tag.

7. Tag	M.T. 40,2		A.T. 39,5
8. «	« 39,1		« 39,3
9. «	« 40,1	Chinid. 2,0 grm.	« 38,1
10. «	« 38,2		« 38,6

Vom 11. Tage an halten sich die Temperaturen in normalen Grenzen. Erscheinungen nach 2,0 Chinidin: Funkensehen, Schwerhörigkeit, Schweiss, einmaliges Erbrechen.

VI. C. K., 18 a. n. Intermittens (Tertiana anteponens). Milz reichlich zwei Fingerbreit vor dem Rippenbogen palpirbar.

9. Juni	Morg. 36,9		Ab. 38,6
10. «	« 40,6		« 37,8
11. «	« 36,8	Chinidin 0,8 grm.	« 39,6

Der Schüttelfrost blieb aus, dagegen verspürte Pat. ein Kältegefühl und Frösteln von 2—3 Stunden Dauer.

12. Juni Morg. 36,9. Pat. bekommt wieder 0,8 Chinidin. Es stellt sich im Verlauf einer Woche kein Schüttelfrost mehr ein, Temp. vom 12. an immer normal, so dass sich Patient aus der Behandlung begiebt. Milz nicht mehr palpabel. Percussion lässt eine nur unbedeutende Vergrösserung erkennen.

Wenn in den soeben vorgeführten Fällen das Chinidin sehr gut vom Magen resorbirt worden, so wurde es in einem Fall von einer hochgradig anämischen Person mit schleichendem Fieber und darniederliegender Verdauung sehr schlecht vertragen und äusserte demzufolge auch keinen Einfluss auf die Temperatur. Die anämische Patientin wog 45 Kilo, vertrug zuerst 0,6 (13 Mgrm. pro Kilo) in Capseln sonst gut, nur schwand der Appetit vollständig. 1,8 Chinidin in Lösung (40 Mgrm. pro Kilo) bewirkten alsbald Uebelkeit und starkes Erbrechen, und den ganzen Tag bestand grosse Ermattung. 1,2 in Pillen (27 Mgrm. pro Kilo) hatten Ohrensausen, nach drei Stunden Erbrechen und grosse Erschlaffung im Gefolge. Temperaturen wurden so gut wie garnicht beeinflusst. Diese Erscheinungen haben meines Erachtens nichts Befremdendes, da wir zur Genüge wissen, dass auch das Chinin bei darniederliegenden Verdauungsfunctionen immer sehr schlecht vertragen wird.

Fassen wir nun nach den angegebenen Beobachtungen die Wirkungsweise des Chinidinum sulfur. zusammen, so ergiebt sich einmal, dass dasselbe mit Ausnahme vielleicht des Falles II. beim Fieber von ausgezeichnetem Erfolge gewesen ist. Aber auch in diesem Falle ist ein günstiger Einfluss auf die Fieberbewegung nicht in Abrede zu stellen, nur dass derselbe nicht so prägnant, wie in den anderen sich manifestirt hat, auch war die Einwirkung des Chinin auf's Fieber hier keine präcisere. Die zweite Frage, welche hier zur Beantwortung kommen muss, wäre die, ob das Chinidin noch andere, unangenehmere Erscheinungen zur Folge habe, als das Chinin. Auch diese Frage muss ich entschieden verneinen. Ich gestatte mir umsomehr ein Urtheil darüber, als ich gelegentlich selbst Chinidin bis zu 2,0 grm. per os zu mir genommen und so in die Lage versetzt worden war, seine Einwirkung auf's Nervensystem mit den Beobachtungen Kerner's[1]) an sich selbst nach Einnahme von Chinin zu vergleichen.

Ich bin daher nach meinen Erfahrungen zu dem Schluss gelangt, dass der Arzt in dem Chinidin ein sehr werthvolles Mittel, um die fieberhafte Körperwärme herabzusetzen, besitzt. Ich bin der Ansicht, dass das Chinidin mit denselben Indicationen, derselben Dosirung, kurz mit derselben Berechtigung wie das Chinin, in allen fieberhaften Krankheiten seine Anwendung finden kann. Insbesondere gilt dieses für die Intermittens, bei der uns die Salicylsäure, das Kairin und Antipyrin gänzlich im Stiche gelassen haben.

Dorpat, den 13. November 1884.

[1]) Pflüger's Archiv, III.

Vier Fälle von diabetischer Cataract.

Von
Dr. C. Waldhauer sen.

Nachdem man den Zusammenhang des Diabetes mit Staarbildung erkannt hatte, fürchtete man die Operation solcher Cataracte und stellte namentlich für die Lappenextraction die übelste Prognose. Noch Arlt in seinem Handbuch (Prag 1856, Bd. II, § 293) führt 4 Fälle auf, die mittelst Discision, also der ungefährlichsten Methode, operirt worden waren. Einer starb vor Ende der Cur, 2 wurden geheilt und über den 4. ist nichts Näheres gesagt.

Es mag sein, dass diese Furcht, solche Staare zu operiren, zum Theil darin ihren Grund hatte, dass man dazumal die Krankheit erst in späteren Stadien bei hochgradigem Zuckergehalt und nahe dem Marasmus erkannte, und die im Beginn des Diabetes entstandenen Staare als gewöhnliche Staare operirte.

A. v. Graefe im 4. Bande, Abth. 2, S. 230 seines Archivs erwähnt einer von ihm mittelst Linearschnittes operirten Cataract, wo die Hornhautwunde sich sehr gut schloss, spricht sich sonst aber in Bezug auf die Prognose noch unbestimmt aus.

In neuerer Zeit ist man weniger ängstlich und operirt, so lange überhaupt operirt werden darf bei dieser Krankheit, ohne Anstand, wenngleich O. Becker (Linsensystem § 157) anführt, dass auch von andersher Gefahr droht.

Erwägt man, dass es den älteren Operateuren an manueller Fertigkeit gewiss nicht gefehlt hat, so muss man wohl die gegenwärtig zweifellos günstigeren Resultate füglich als einen Beweis dafür ansehen, um wie viel der Linearschnitt weniger verletzend ist als der Lappenschnitt ehedem.

O. Becker hat in seiner Arbeit über die Linse in Graefe-Saemisch Handbuch (Bd. V, 1. Hälfte pag. 273) und in seinem grossen Werke über die Anatomie des Linsensystems die diabetische Cataract eingehend behandelt, auch statistische Zusammenstellungen gemacht und Casuistik gegeben. Abgeschlossen aber ist eine wissenschaftliche Frage nicht so leicht, und da noch neuerdings Fälle bekannt gemacht sind (Hirschberg, Centralblatt Juni und Octoberheft d. J.), so will ich nicht ermangeln, auch meinerseits einige Fälle mitzutheilen, die ich neuerdings zu operiren Gelegenheit gehabt habe. Auch ältere Fälle könnte ich aufführen, leider aber stehen mir die betreffenden Krankengeschichten nicht mehr zu Gebot. Die hier aufgeführten 4 Fälle lagen gleichzeitig in der Augenabtheilung des hiesigen Diaconissenhauses; die bekannte Duplicatur der Krankheitsfälle in Hospitälern.

Zwar lassen die hier erwähnten Fälle in Bezug auf Genauigkeit der Angaben, exacte Harnanalyse etc. Manches zu wünschen übrig. Man möge mir das zu Gute halten, wenn ich nur das Wesentlichste anführe.

I. Frau Doctorin Bertha F.......t, 63 Jahr alt, Wittwe und Vorsteherin einer Mädchenschule, wurde am 2. Sept. d. J. aufgenommen. Auf dem rechten Auge ist Abnahme der Sehkraft seit 2 Jahren bemerkt worden, seit einem halben Jahr ist es erblindet. Seit einigen Monaten verdunkelt sich auch das linke. Nachträglich hat mir ihr Hausarzt über den Krankheitsverlauf Nachstehendes mitgetheilt: «Seit 2 Jahren hatte sie an rheumatischen Schmerzen in den Handgelenken und Hüften gelitten, seit einem Jahr Schmerzen im Knie und den Knochen der Beine. Seit einem halben Jahr Abnahme der Kräfte, Müdigkeit. Appetit und Stuhl normal. In den letzten Tagen d. Febr. d. J. zeigten sich kleine Furunkel an den Labien, stärkerer Durst und reichlicher Harn. Gegen Süssigkeiten besteht Widerwille. Die Untersuchung des Harnes in der chemischen Station des Polytechnicums ergab 4 % Zucker, kein Eiweiss. Die übliche Fleischdiät wird angeordnet. Nach 14 Tagen der Zucker geschwunden, SG. = 1025. Am 17. Aug. wurde wiederum der Harn analysirt und war frei von Zucker.» Die ersten Anfänge des Staares hängen somit mit den ersten rheumatischen Beschwerden, die völlige Erblindung und der Beginn der Trübung der anderen Linse mit dem nachgewiesenen Zuckergehalt zusammen und wir haben es hier mit einem periodischen Diabetes zu thun. Bei der Aufnahme der Patientin war der Urin zuckerfrei und blieb es bis zur Entlassung, wöchentlich einmal geprüft. Die Diät wurde während ihrer Anwesenheit streng eingehalten. Durst und Appetit blieben normal, die Zunge ohne wesentlichen Beleg, während der Bettlage pflegt er ja immer zuzunehmen. Eiweiss enthielt der Harn nicht. Das Aussehen der Pat. bei ihrer Aufnahme war nicht verfallen, allerdings aber die Gesichtsfarbe blass und unrein, wie das aber auch bei Personen sich findet, welche eine sitzende Lebensart führen und wenig an die frische Luft kommen. Die Haut fühlte sich etwas trocken an und war schlaff, indess kaum anders als in diesem Alter gewöhnlich. Geistig ist Pat. frisch.

Die reife Cataract des rechten Auges sieht weisslich aus, die Corticalis vollständig getrübt, kein Schlagschatten. Der gelbliche Kern scheint aus der Tiefe durch. Blähung ist nicht vorhanden, die Iris nicht vorgedrängt, die vordere Kammer normal weit. Die Pupille reagirt gut und Lichtschein und Gesichtsfeld lassen nichts zu wünschen übrig. Auf dem linken Auge ist die Rindensubstanz der Aequatorialgegend getrübt und sendet ziemlich breite Streifen nach vorn und zur tellerförmigen Grube, die aber das Pupillargebiet noch ziemlich frei lassen, so dass man den übrigens gesund aussehenden Augengrund noch ganz gut durch den durchsichtigen Kern erkennen kann.

Die Extraction der rechtsseitigen reifen Cataract wurde am Tage nach ihrer Aufnahme ohne Narcose vorgenommen. Die Pupille war vorher erweitert worden.

Weil Patientin etwas tief liegende Augen hatte, wie sie hier zu Lande recht häufig sind, beschloss ich den Hornhautschnitt nach unten zu machen, zum Theil aber auch, weil ich dieses Verfahren für weniger verletzend halte. Ich pflege den Hornhautschnitt von Scleralbord zu Scleralbord recht ergiebig anzulegen und unterlasse die Bildung eines Conjunctivallappens, wo kein Verdacht auf Thränensackleiden vorliegt, indem ich noch in der Hornhaut ausschneide. Der Ausschnitt wurde sehr behutsam gemacht und gelang ohne die geringste Erschütterung des Augapfels. Obgleich kein Irisschlottern vorher bemerkt worden war, bauchte sich der der Wunde entsprechende Theil der Iris vor und die Pupille verzog sich nach unten, als wollte die Linse sofort hervortreten. Ich sah deshalb vom Irisausschnitt ab, ergriff das Häkchen und eröffnete die Kapsel. Das Colobom konnte ja immerhin später angelegt werden, im Falle die Linse nicht kommen wollte. Bei leichtem Druck auf die Hornhaut indess, wälzte sich die Linse über den Pupillarrand und trat hervor, gefolgt von der Corticalis, die eine bröckliche Consistenz hatte (also bereits Schrumpfung). Die geringen zurückgebliebenen Reste folgten auch bald den geeigneten vorsichtigen Manipulationen und nur sehr wenig wurde zurückgelassen, weil ich wegen des frühzeitigen Vordrängens der Linse dem Ciliarband nicht recht traute. Die Iris hatte sich schon zum Theil zurückgezogen, zum Theil wurde sie mit dem Spatel vorsichtig reponirt, die Pupille blieb aber doch noch etwas nach unten verzogen. Das Auge wurde nach sorgfältiger Reinigung mittelst feuchten Sublimatverbandes geschlossen.

Als anderen Tages der Verband gewechselt wurde, war das Auge reizlos, die Hornhaut hatte sich vollkommen angelegt. Die Nacht darauf, also vom zweiten zum dritten Tage, hatte Pat. über Nagen im Auge geklagt, welches sich gegen Morgen zu Schmerzempfindungen gesteigert hatte. Der Verband wurde entfernt, und erwies es sich, dass das untere Lid sich spastisch entropionirt hatte, und die Cilienreihe das Auge resp. die eben verklebte Hornhautwunde reizte. Besonders geröthet war das Auge indess nicht,

hatte aber etwas abgesondert und thränte. Die Iris war nicht verfärbt, der Tumor aqueus klar und die Wundränder nicht entzündet. Durch Bestreichen der Lid- und Wangenhaut mit Collodium wurde das Entropium beseitigt und ein neuer Verband angelegt. Am 4. Tage war das Auge wieder reizlos, hatte nicht abgesondert und nicht gethränt; an der Wunde keine Trübung.

Die weitere Verheilung verlief ohne Zufälle, so dass die Entlassung am 27. Sept. d. J. erfolgen konnte.

Bei der jetzt unter Beleuchtung angestellten Untersuchung waren die geringen Staarreste in der Pupille geschmolzen und diese klar; sie war etwas nach unten verzogen, wo eine hintere Synechie mit der tellerförmigen Grube sich fand. Die hier bestandene Iritis hatte gar keine Symptome gemacht und war rein partiell geblieben. Ob dieselbe nun dem Linsenaustritt, der Reposition mit dem Spatel oder verhaltener Corticalis ihren Ursprung verdankte, mag dahingestellt bleiben.

Patientin las mit + 2³/₄ Jäger 5 auf 12 Zoll und sah mit + 4 gut in die Ferne.

Sechs Wochen nach ihrer Entlassung habe ich Pat. wiedergesehen. Der jetzt erst untersuchte Augengrund erschien vollkommen normal, in der Pupille ganz unerhebliche Trübungen und Niederschläge. Der Urin war bis dahin zuckerfrei geblieben,

II. Justin Brazulewitsch 37 Jahr, Bauer aus Litbauen, wurde am 24. Aug. d. J. aufgenommen. Er war bereits im Frühling dieses Jahres eingetreten, um den schon damals reifen Staar des linken Auges operiren zu lassen, hatte aber, als es zur Operation kommen sollte, Fersengeld gegeben, weil ich ihm mitgetheilt hatte, dass ich eine Iridectomie vorausschicken wollte, und ihm der Gedanke einer doppelten Operation Schrecken einflösste. Jetzt war auch das rechte Auge erblindet, und so fügte er sich in sein Schicksal.

Auf dem erst erkrankten linken Auge war er vor einem Jahr erblindet, nachdem er nur einige Monate vorher Abnahme der Sehkraft verspürt. Auf dem linken bestanden bei seiner ersten Anwesenheit nur Aequatorialtrübungen mit leichten Ausstrahlungen in die vordere und hintere Rindenschicht. Der Augengrund war damals noch deutlich sichtbar und erschien normal. Von da ab bis jetzt, also in 4 Monaten war die Staarbildung auch auf dem rechten Auge vollendet. Schon damals war wegen des blassen verfallenen Aussehens des Patienten und des saturirt weissen Aussehens der Cataract eine Harnuntersuchung angeordnet, aber nicht ausgeführt worden, jetzt ergab sie, von einem hiesigen Apotheker ausgeführt, «mässige Quantitäten von Zucker, kein Eiweiss» (Procentsatz nicht angegeben).

Pat. hatte ein fahles, müdes Aussehen und war seit seiner ersten Anwesenheit mehr abgemagert. Er klagte bei guter Esslust über Schwäche und Mattigkeit. Der Durst entschieden vermehrt. Die Haut fühlt sich trocken und rigid an, die Zunge hat weissen Beleg. Die Stimme ist noch sonor.

Pat. wird sofort auf entsprechende Diät gesetzt.

Die Staare waren beiderseits reif und sahen saturirt weiss aus. Bei erweiterter Pupille und schiefer Beleuchtung sah man den gelblichen Kern durchscheinen, die Corticalschicht erschien wolkig und ungleich dazwischen getüpfelt, und war bis zur Kapsel getrübt. Auf beiden Augen schlotterte die Iris stark. Die Pupille spielte gut, vor der Atropinisirung geprüft. Lichtschein und Gesichtsfeld waren normal, ebenso beide vorderen Kammern.

Am 26. Aug. d. J. wurde zur vorbereitenden Iridectomie auf beiden Augen geschritten und zwar nach unten. Die Heilung ging gut von Statten, die Colobome blieben schlüsselförmig, die Iris war nicht eingeklemmt.

Nach 6 Tagen wurden die Augen unter schiefer Beleuchtung untersucht und es erwies sich, dass die Linse des erstwerkrankten linken Auges am Rande geschrumpft war, mithin schon überreif.

In solchen Fällen, wie dem vorliegenden, wo man des Glaskörpers erfahrungsgemäss nicht sicher ist, erscheint mir, wie bereits oben berührt, die Extraction nach unten auch bei weniger tiefliegenden Augen angezeigt. Dass sie quoad visum übrigens der nach oben nachsteht, habe ich wenigstens nicht finden können. Aber, wenn das auch der Fall sein sollte, würde ich mich doch für diese entscheiden, denn es ist Thatsache, dass man auf diese Weise operiren kann, ohne das Auge zu zerren und zu wenden, vorausgesetzt, dass der Patient die gehörige Selbstbeherrschung besitzt. Ist der Hornhautschnitt unter Fixation vollendet, so kann man die Pincette weglegen. Irisausschnitt, Kapseleröffnung und Entbindung des Staares, und endlich die Entfernung von Corticalresten lassen sich ohne dieselbe ganz gut ausführen, während beim oberen Linearschnitt das Fixiren und Rollen des Augapfels nicht zu entbehren sein dürfte. Das Auge flieht naturgemäss nach oben und das kann beim unteren Linearschnitt dreist gestattet werden, ja es ist sogar günstig. Am Glaskörpervorfall hat die Fixation in Rollung des Auges nach unten mittelst der Pincette oft genug wesentlichen Antheil gehabt. Sieht man aber, dass der Patient die überhaupt nöthige Selbstbeherrschung nicht hat, und das sieht man schon beim Anlegen der Pincette, nun so warte man mit dem Chloroform nicht [1]).

Schon am 10. Sept. konnte, da die Lanzenstiche vollkommen geschlossen und verheilt waren, zur Extraction geschritten werden.

Auf dem rechten später erblindeten Auge trat der Kern vollkommen mit aller breiigen weissen Corticalis heraus und die Pupille war vollkommen schwarz. Linksseitig trat aber der ebenso wie auf dem rechten Auge mittelgrosse, gelbliche, und wenig getrübte Kern mit der Corticalis gleichfalls leicht heraus, und liess sich hinausschieben, *obgleich* letztere schon eine festere bröckliche Consistenz hatte. Es blieb aber nach aussen und oben in der Pupille eine Trübung zurück, die ich, weil sie vorsichtigem Streichen auf der Hornhaut nicht folgen wollte, zurückliess. Bis hiezu war kein Glaskörper vorgefallen, als aber der Blepharostat entfernt, und das obere Lid behutsam herabgelassen wurde, sickerte langsam eine Quantität flüssigen Glaskörpers aus dem äusseren Wundwinkel hervor, ohne indess diesen zu erheben und klaffen zu machen. Dessen, dass Pat. nicht gequetscht, und auch der Blepharostat den Bulbus nicht berührt hat, glaube ich sicher zu sein.

Die Augen wurden mit dem feuchten Sublimatverband und Binde geschlossen.

Die Heilung ging ohne die geringste Störung von Statten. Die getrübte Stelle in der Pupille verkleinerte sich und gränzte sich ab. Bei späterer Untersuchung erwiesen sie sich als Kapselreste.

Da bei seiner Entlassung am 2. Oct. d. J. das Resultat ein günstiges war, Pat. mit + 2³/₄ Jäger 2 auf 12 Zoll mit dem rechten Auge gut lesen konnte und mit dem linken, wo die Kapselreste im Pupillargebiet lagen mit demselben Glase Jäger 8 auf dieselbe Entfernung, wurde derselbe nicht weiter beauftragt wegen des Nachstaares wieder zu kommen. Ophthalmoskopisch zeigte sich beiderseits ein normaler Augengrund. Der Urin enthielt noch Zucker, Pat. hatte indess zugenommen und auch sein Aussehen war besser.

(Schluss folgt).

[1]) **Als ich dies bald nach Entlassung der betreffenden Patienten niederschrieb, hatte ich von der Anwendung und Wirkung des Cocains noch keine Kenntnisse. Bestätigt sich seine localanästhetische Wirkung in vollem Umfange und ebenso seine Unschädlichkeit in Bezug auf den Heilungsprocess, so würde meine Ansicht sich demgemäss modificiren.**

Referate.

Prof. Ed. v. Wahl: Ueber die auscultatorischen Erscheinungen bei Gefässverletzungen und sogenannten traumatischen Aneurysmen (Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Bd. XXI).

Wir glauben den Inhalt der vorliegenden, interessanten Arbeit, die einen geschichtlichen Ueberblick der behandelten Frage, Casuistik und Bericht über experimentelle Untersuchungen bietet, am besten wieder zu geben, wenn wir die concludirenden Schlussätze des Autors wörtlich reproduciren: 1) Bei einer jeden partiellen Trennung des Arterienrohres, wo das Blut noch in einer Halbrinne zur Peripherie fortströmt, lassen sich bei der Auscultation intermittirende, mit dem Pulse isochrone, hauchende oder schabende Geräusche wahrnehmen, die an der Stelle der Verletzung am deutlichsten sind und sich nach beiden Seiten hin fortpflanzen, aber stets weiter in der Richtung des Blutstromes. In den meisten dieser Fälle ist der Puls unterhalb der verletzten Stelle, wenn auch schwächer wie auf der gesunden Seite, zu fühlen. 2) An besonders günstig situirten Stellen des Körpers und bei längeren Schuss- oder Stichcanälen, wo die Blutung nach aussen durch Gerinnung rasch zum Stehen kommt, bilden sich bei partieller Verletzung grösserer Arterienstämme sehr rasch periarterielle Hämatome von grösserer oder geringerer Ausdehnung, welche meist keine Pulsation, aber deutliche, mit dem Pulse isochrone Geräusche zeigen. 3) Bei vollständiger Durchtrennung des Arterienrohres, wo die Enden sich in der Wunde retrahirt haben und zeitweilig geschlossen sind — ebenso bei zeitweiliger Obturation der seitlich verletzten Arterie durch einen Thrombus — also in allen Fällen, wo die Continuität des Blutstromes unterbrochen ist, findet sich kein Geräusch, die Verletzung der Arterie ist aber durch das Fehlen des Pulses unterhalb der verletzten Stelle mit Sicherheit zu erschliessen. 4) Bei Wiederöffnung des centralen oder peripheren Endes einer complet getrennten Arterie kommt es im weiteren Verlaufe garnicht selten zu rasch wachsenden, pulsirenden Hämatomen (endständigen Aneurysmen), welche keine Geräusche zeigen. Diese Regel erleidet nur in solchen Fällen eine Ausnahme, wo die Vene gleichzeitig verletzt ist und das freigewordene arterielle Blut in die venösen Bahnen überströmt. T.

Moizard: Des terreurs nocturnes chez les enfants. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1884, pag. 305).

Verf. hat eine grössere Anzahl Kinder, die an dieser Krankheit litten, beobachtet und kommt, theils auf seine eigenen, theils auf die Erfahrungen anderer sich stützend, zu folgenden Resultaten. Der Pavor nocturnus befällt für gewöhnlich Kinder zwischen dem 2. und 6. Jahre und meist aufgeregte, nervöse und etwas schwächliche Kinder. Als Hauptursachen werden Verdauungsstörungen angeführt und vom Verdauungstractus aus sollen auf reflectorischem Wege diese cerebralen Erscheinungen ausgelöst werden, analog wie bei Erwachsenen im Gefolge von Verdauungsstörungen Schwindel, Herzpalpitation, Dyspnoe etc. auftreten. Reizende und reichliche Abendmahlzeiten, alcoholische Getränke, Parasiten im Darmcanal, langdauernde Hautreize, wie Prurigo, sollen gleichfalls als ursächliches Moment dienen. Nicht zu vergessen sind ferner die den Kindern vor dem Schlafengehen erzählten Ammenmärchen und Gespenstergeschichten. Mitunter ist der Pavor noct. aber das erste Symptom eines beginnenden cerebralen Leidens, welse wie Meningitis tuberc,, Gehirnsclerose etc. und endlich tritt derselbe als Theilerscheinung von Epilepsie und Hysterie auf. Die Differentialdiagnose bietet gewöhnlich keine Schwierigkeiten dar, wenn das Kind einige Zeit beobachtet wird. Die Diagnose ist, sofern keines der oben genannten Cerebralleiden zu Grunde liegt, eine günstige. Die causale Behandlung bleibt natürlich die beste. Zur symptomatischen Behandlung empfiehlt sich der Gebrauch von Kali bromat., Chloralhydrat und von Chinin. L—n.

Ueber locale Anaesthesirung am Auge und am Pharynx und Larynx. (Wiener med. Blätter. 1884. № 39).

Dr. Koller hat auf dem Congresse deutscher Ophthalmologen zu Heidelberg eine Mittheilung gemacht, der zu Folge es ihm gelungen ist, durch locale Anwendung des Alcaloids Cocain die Cornea und Conjunctiva anaesthetisch zu machen.

Angeregt durch diese Beobachtungen hat Dr. Jelinek in Wien Versuche mit demselben Alcaloid am Pharynx und Larynx gemacht und kann, ohne seine Studien abgeschlossen zu haben, so viel sagen, dass auch hier, wenn es sich um eine rasche Anaesthesirung und Analgesirung der betreffenden Organe handelt, das Mittel vorzügliches leistet. Voraussichtlich wird es sich auch als Therapeuticum bei manchen Schleimhauterkrankungen mit Vortheil verwenden lassen. —s.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Aerztlicher Taschenkalender auf das Jahr 1885 (Календарь для врачей всѣхъ вѣдомствъ), unter der Redaction von Dr. N. Krusenstern herausgegeben von C. Ricker. St. Petersburg, Verlag von C. Ricker, kl. 8°, 234 S., nebst Notizbuch und 2 Beilagen. Preis 1 Rbl. 50 Kop., mit Versendung 1 Rbl. 70 Kop.

Es naht die Zeit, in welcher auch der Arzt mit der Jahreswende seinen unentbehrlichen Begleiter und Rathgeber auf der Praxis, wie am Arbeitstisch, den med. Kalender, wechseln muss, und da freut es uns, wiederum den bewährten Ricker'schen «Kalender für Aerzte aller Ressorts» (in russischer Sprache) bestens empfehlen zu können. In Folge Ablebens des bisherigen langjährigen Redacteurs, Dr. Toropow's, ist der neue Jahrgang unter der Redaction des Dr. Krusenstern erschienen. In pietätvoller Weise ist dem Texte ein Nekrolog des um den Kalender verdienten Dr. Toropow vorausgeschickt und die erste Seite mit dem Bilde desselben geschmückt. Der reiche Inhalt des Kalenders weist auch diesmal viele neu hinzugekommene Artikel auf, von denen wir hier nur hervorheben wollen: die Verbreitungsbezirke der sensiblen Nerven der Extremitäten (mit Abbildung); Desinfectionsmittel; kurze Beschreibung der Untersuchungsmethoden für niedere Organismen; Tuberkelbacillen (mit Abbild.); Rotzbacterien; Friedländer's Pneumokokken (mit Abbildung); Milzbrandbacillen (m. Abbild.); annähernde Bestimmung der Sehschärfe etc. In einem besonderen Heftchen als Beilage werden ausserdem geboten: Mittheilungen über die gesetzlichen Bestimmungen bei Pensionen und Unterstützungen aus der Reichsrentei; die Statuten der medicinischen Hülfscasse; Instructionen für die Wehrpflichtcommissionen; Regeln für die gerichtlich-medicinische Expertise; Formulare zum officiellen Schriftwechsel u. A. m. Ein besonderer grösserer Abschnitt in der Beilage ist der Landschaftsmedicin gewidmet, in welchem Dr. Kapustin die Fragen erörtert, welche gegenwärtig die Landschaftsärzte am meisten interessiren. Das schwierige Capitel der Personalien der Medicinalbeamten Russlands ist in anerkennenswerther Weise verbessert; welche Gesichtspuncte jedoch die neue Redaction bei der Abänderung der bisherigen gewohnten Reihenfolge der einzelnen Ressorts und Universitäten geleitet haben, ist uns unerfindlich, — jedenfalls ist es nicht die alphabetische oder chronologische Anordnung gewesen, welche beide noch eine Berechtigung für sich gehabt hätten. Das Tagesnotizbuch würde, wie wir das schon bei den früheren Jahrgängen hervorgehoben haben, durch eine Zweitheilung der einzelnen Seite statt der jetzigen Dreitheilung, wodurch für die Tagesnotizen mehr Raum geschafft würde, jedenfalls an Brauchbarkeit gewinnen.

Im Uebrigen erkennen wir alle die Vorzüge, welche diesem Kalender eine so weite Verbreitung verschafft haben, auch diesmal unumwunden an. Bf.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Quinby. Zahnärztliche Praxis. Deutsch bearbeitet von L. Holländer. Mit 87 Abbild. — A. Felix, Leipzig, 1884.

— Register zu A. Strümpell's: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. I und II. — F. C. W. Vogel, Leipzig, 1884.

— Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M., herausgegeben von dem ärztlichen Verein. XXVII. Jahrgang. — J. Sauerländers Verlag, Frankfurt a. M., 1884.

— Handbuch zur Lehre der Technik der antiseptischen Wundbehandlung und der Application der Dauerverbände mit vielen Zeichnungen im Text von G. Neuber. — Mit Genehmigung des Autors aus dem Deutschen übersetzt von A. Grünbaum. — Warschau, 1884. (Russ.)

— La crónica médica, № 172.

— Aerztlicher Kalender für 1885, herausgegeben von Dr K. Krusenstern und Buchhändler C. Ricker. — C. Ricker, St. Petersburg, 1885. (Russ.)

— The american method of giving potassium jodide in very large doses for the later lesions of syphilis by E. Seguin. (Sep. Abd. a. d. «Archives of medicine» Vol XII. № 2. 1884).

— Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. XX. Vereinsjahr 1883. Redigirt von Dr J. Kratter. Mit 2 lithograph. Tafeln. — Leuschner & Lubensky, Graz, 1884.

— Lehrbuch der Physiologie für akademische Vorlesungen und zum Selbststudium von Dr. Grünhagen. VII. Aufl. III. Liefg. — L. Voss, Hamburg und Leipzig, 1884.

— Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei dem Menschen und den Thieren von Ch. Darwin. Aus dem Englischen übersetzt von J. Carus. Mit 21 Holzschnitt. und 7 heliographischen Tafeln. IV. Aufl. — E. Schweizerbart'sche Buchhandlung, Stuttgart, 1884.

— v. Ziemssen's: Handbuch der allgemeinen Therapie I. Bd. Th. IV. Handbuch der Inhalationstherapie von M. Oertel. Uebersetzt unter der Redaction von Prof. W. Manassein. — C. Ricker, St. Petersburg, 1884. (Russ.)

— Gust. Behrend's: Lehrbuch der Hautkrankheiten für Aerzte und Studirende. Uebersetzung der II. Auflage unter der Redaction von Dr. A. Pospelow. Mit 143 Abild. im Text. — Moskau, 1885. (Russ.)

— Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Med.-chirurg. Handwörterbuch für prak. Aerzte herausgegeben von A. Eulenburg. Mit zahlreichen Illustrat. in Holzschnitt. II Aufl. Bd. I. I. und II. Lief. Bog. 1—10. — Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1885.

Vermischtes.

— *Seine Majestät der Kaiser* hat dem Mitgliede des Medicinalraths, Geheimrath Dr. James Schmidt, anlässlich seines fünfzigjährigen Doctorjubiläums, eine goldene mit Brillanten geschmückte und mit dem Porträt Seiner Majestät versehene Tabatière zu verleihen geruht.

— Am 19. December fand im Obuchow-Hospital eine Ovation statt, die dem Oberarzt der weiblichen Abtheilung dieses Hospitals, Dr. E. Moritz, galt, welcher um seine Verabschiedung von diesem Amte eingekommen ist. Sowohl seine früheren und gegenwärtigen Assistenten, als auch die weiblichen Aerzte, welche im Hospital sich beschäftigen, überreichten ihm Adressen, in welchen sie in tiefempfundenen Worten den bevorstehenden Verlust beklagen, so wie ihren tiefgefühlten Dank aussprechen und der Liebe und Achtung, welche Dr. Moritz sich durch seinen geraden und energischen Charakter, durch sein humanes Wesen und seine wissenschaftliche Tüchtigkeit erworben, warmen Ausdruck geben.

Dr. Moritz dankte in bewegten Worten für die Beweise der Theilnahme, die ihm Entschädigung böten für Vieles, was ihm die dornenreiche, ärztliche Laufbahn auferlegt hat.

— In Warschau beging vor Kurzem der Professor der Embryologie, Histologie und vergleichenden Anatomie, wirkl. Staatsrath Dr. Heinrich Hoyer, das *25jährige Jubiläum* seiner Lehrthätigkeit an der dortigen Universität. H. ist in der Provinz Posen im J. 1834 geboren und hat seine medicinische Ausbildung in Berlin erhalten, wo er i. J. 1857 zum Doctor med. promovirt wurde. Zwei Jahre darauf folgte er einem Ruf an die damalige Warschauer medico-chirurgische Akademie. Aus seinem Laboratorium sind sowohl von ihm selbst als auch von seinen Schülern zahlreiche Arbeiten über Histologie und Physiologie hervorgegangen. Die in Warschau erscheinende «Gazeta lekarska» hat zu Ehren des Tages eine Festnummer mit dem Bildniss des Jubilars herausgegeben.

— Professor Bogdanow in Moskau erhält von der Regierung im Laufe von 3 Jahren eine Subvention von 1000 Rbl. jährlich zur Herausgabe einer «Medicinischen Zoologie».

— Der russischen medicinischen Presse steht mit der Jahreswende wiederum ein Zuwachs in Aussicht. Als Redacteur des neuen Journals welches speciell der Chirurgie sich widmen will, wird Dr. N. Weljaminow (ein früherer Assistent von Prof. C. Reyher hieselbst) genannt.

— Die auch von uns in № 48 reproducirten Beschlüsse der im Deutschen Reichsgesundheitsamte versammelt gewesenen Impfcommission haben Veranlassung zur Versammlung einer grossen Zahl Impfgegner in Köln gegeben, wo dieselben unter dem Vorsitze des Dr. Oidtmann über die Schritte berathen haben, welche sie angesichts der obigen Beschlüsse thun sollen.

— Vor einiger Zeit fand in Wien beim Bezirksgericht Mariahilf eine in ärztlichen Kreisen grosses Aufsehen erregende Strafverhandlung gegen den in Wien prakticirenden und in weiten Kreisen bekannten Arzt Dr. Spitzer statt, welcher wir nach der «Oesterreichischen Aerztlichen Vereinszeitung» Folgendes entnehmen:

Dr. Spitzer behandelte wiederholt mit Erfolg die Frau des Schneidermeisters Kautsky und verordnete am 29. März d. J. der 14jährigen Tochter derselben auf die Anzeige der Mutter, dass ihre Tochter an Frostbeulen an der Hand leide, Einpinselungen der Frostbeulen mit Jod-Collodium. Am 4. April machte Dr. Spitzer die Wahrnehmung, dass bei dem kleinen Finger Gangrän entstanden, die er der Einschnürung eines fest anliegenden «Handschuh-Fingerlings» zuschrieb. Als Dr. Spitzer am 21. April eine Erholungsreise nach Italien antrat, übergab er einige seiner Kranken dem Dr. Kohn zur weiteren Behandlung während seiner Abwesenheit. Vor seiner Abreise besuchte er mit Dr. Kohn die kranke Hermine Kautsky und waren beide Aerzte sowohl in Bezug auf die Diagnose, als auch bezüglich der Behandlungsmethode völlig einer Ansicht. An demselben Tage begab sich aber Frau Kautsky mit ihrer Tochter zu dem Professor Weinlechner, welcher ihr rieth, den Finger amputiren zu lassen, da die Abstossung desselben lange dauern würde. Auf Veranlassung der Frau Kautsky machte der Polizei-Bezirksarzt in Mariahilf, Dr. Raab, gegen Dr. Spitzer die strafgerichtliche Anzeige. — Bei der Gerichtsverhandlung erklärte Dr. Spitzer es als durchaus unrichtig, dass ihn auch nur das geringste Verschulden treffe. Niemals habe die Anwendung von einprocentigem Jod-Collodium an sich schädliche Folgen herbeigeführt; in der ganzen Literatur liege kein Fall vor, dass hierdurch der Brand herbeigeführt wurde. Sein Bestreben sei in dem vorliegenden Falle darauf gerichtet gewesen, von dem Finger so viel als möglich zu retten und er sei sich einer vollständig rationellen Behandlung bewusst. Die Eheleute Kautsky behaupteten, dass Dr. Spitzer die Anwendung des Jod-Collodiums auch dann fortgesetzt habe, als das Kind bereits heftige Schmerzen empfand. Zeuge Dr. Kohn bestätigte, dass Dr. Spitzer den Brand erkannt habe und fand die Annahme, dass durch das Anliegen eines engen «Fingerlings» Gangrän entstehen könne, gerechtfertigt. Prof. Weinlechner erklärte, dass er bei Frostbeulen verdünnte Jodtinctur, aber nicht Jod-Collodium anwende; letzteres, wenn es circulär angewendet wird, bringe eine einschnürende Wirkung hervor. Prof. Weinlechner fügte hinzu, dass er Dr. Spitzer seit vielen Jahren kenne, eine Unwissenheit oder Leichtfertigkeit bei demselben aber niemals wahrgenommen habe. Polizei-Bezirksarzt Dr. Raab sprach sich gegen die im vorliegenden Falle angewendete Behandlungsweise aus. Er deponirte, dass bei dem zarten Finger eines Mädchens durch die fortgesetzte Anwendung von Jod-Collodium eine solche Einschnürung der Fingerglieder veranlasst werde, dass der Brand eintrete. Collodium sei eine Art Lösung von Schiessbaumwolle in einem alcoholhaltigen Aether. Beim Verdunsten des Aethers lege sich die ungelöste Baumwolle wie ein Gewebe um den Finger. Dr. Raab bestrich hierauf mit dem auf dem Gerichtstisch befindlichen Jod-Collodium das dritte Glied seines kleinen Fingers und zeigte, wie nach dem Eintrocknen bereits bei einmaliger Einpinselung eine Störung des Blutzuflusses eintrat. Landesgerichtsarzt Dr. Doll erklärte, dass der mehrmalige Gebrauch des Jod-Collodiums in dem vorliegenden Falle, wo es sich blos um eine geröthete Haut, keineswegs aber um Frostbeulen gehandelt habe, einen wissenschaftlichen Verstoss begründe. Die Behauptung des Dr. Spitzer, wonach der eingetretene Brand durch den Handschuh-Fingerling entstanden sei, finde er keineswegs zutreffend. Den Umstand, dass Dr. Spitzer ein ätzendes Medicament verschrieben habe, ohne den erkrankten Körpertheil gesehen zu haben, müsse er gleichfalls als einen Verstoss bezeichnen. Landesgerichtsarzt Dr. Haschek gab an, die gebrauchten Mittel seien in der Art und Weise, wie dieselben zur Verwendung kamen, keineswegs durch den Fall bedingt gewesen. Er würde den von Dr. Spitzer beobachteten Vorgang auch für den Fall, dass es sich um Frostbeulen gehandelt hätte, als einen Verstoss gegen die medicinische Wissenschaft betrachten. «Ich finde», sagte Dr. Haschek, «in der ganzen Verhandlung kein Moment, welches auf eine andere Ursache des Brandes hinweisen würde, als die Anwendung des Jod-Collodiums». Der Vertheidiger des Angeklagten stellte den Antrag, dass das Gutachten der medicinischen Facultät eingeholt werde, doch gab der Richter diesem Antrage keine Folge, sondern erkannte am zweiten Verhandlungstage, nachdem der Vertheidiger nach Geltendmachung der bereits von Dr. Spitzer gegen die Anklage erhobenen Einwendungen noch betont hatte, dass weder von einem positiven Verschulden, noch von einer Unwissenheit des Arztes die Rede sei und dass das Gericht in Erwägung ziehen möge, dass es sich um einen notorisch tüchtigen Arzt handele, welcher auf eine 25jährige tadellose Praxis hinweisen könne, — den Dr. Spitzer schuldig, weil er es unterlassen hat, die Familie Kautsky über den richtigen Gebrauch des von ihm verschriebenen Jod-Collodiums zu belehren und, weil er noch nach eingetretener Eiterung des Fingers die wahrgenommene circuläre Einpinselung gutgeheissen und die weitere Anwendung des Jod-Collodiums angeordnet, wodurch er einen solchen Fehler begangen habe, aus welchem die Unkenntniss der vollen Wirkung des dem Jod beigemengten Collodiums sich ergebe. Dr. *Spitzer* wurde auf diese Aussagen der Sachverständigen hin zu einer *Geldstrafe von 200 fl.* verurtheilt und wurde ihm die *Ausübung der Heilkunst auf so lange untersagt, bis er in einer neuen Prüfung das Nachholen der mangelnden Kenntniss dargethan haben wird.* Ferner wurde Dr. Spitzer dem Antrage des Vertreters der Familie Kautsky gemäss *zur Zahlung der Heilungskosten im Betrage von 150 fl. und eines Schmerzensgeldes im Betrage von 500 fl.*, welche Ansprüche vom Gericht als bescheiden anerkannt, condemnirt. Der Vertheidiger des Dr. Spitzer meldete sofort die Berufung an die höhere Instanz an.

Neuerdings ist die Affaire Dr. Spitzer vor dem Landesgerichte in Wien als Appellationsinstanz wieder verhandelt worden, welches sich bestimmt gefunden hat, mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des Falles ein Gutachten der medicinischen Facultät, als der höchsten Autorität in der med. Wissenschaft, einzuholen. In diesem Gutachten der Wiener Facultät wird nun dargethan, dass die Sachverständigen, welche von der ersten Instanz hinzugezogen wurden, den Brand aus einer circulären Einschnürung, also aus einer annulären Einpinselung deducirten, Dr. Spitzer aber eine totale Einpinselung angewandt habe, folglich Dr. Spitzer fälschlich einer Handlung beschuldigt worden sei, die er gar nicht begangen. Ferner treffe den Dr. Spitzer kein Vorwurf der Unwissenheit, da die von ihm angewendete Einpinselung von Jodcollodium in den von Prof. Albert eigens in dieser Veranlassung unternommenen Versuchen zu keinem Brande führte. Eben so wenig lasse sich nach den Zeugenaussagen annehmen, dass in dem Verlaufe des Falles sich solche Erscheinungen gezeigt haben, aus welchen eine beginnende und zu verhütende Mumification zu erkennen gewesen wäre. Auf Grund dieses Facultäts-Gutachtens hat der Gerichtshof das Urtheil der ersten Instanz cassirt und Dr. Spitzer freigesprochen.

Leider ist diese Freisprechung und Rehabilitirung für den Dr. Spitzer zu spät gekommen, da derselbe inzwischen bereits den Tod in den Fluthen der Donau gesucht hatte, immerhin aber wird dieser Urtheilsspruch nicht verfehlen, das durch die von der ersten Instanz erfolgte Verurtheilung alarmirte Rechts- und Sicherheitsgefühl der österreichischen Aerzte wieder zu beruhigen.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburgs

am 9. December 1884.	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2661	1811	4472
Kinderhospitäler	138	164	302
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	159	78	237
Scharlach	20	21	41

Pocken	18	6	24
Venerische Krankheiten	474	404	878

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 2. Dec. bis zum 8. December 1884 besucht von 2077 Kranken, darunter zum ersten Mal von 854.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 9. bis 15. December 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
288	220	508	127	46	55	9	9	10	70	39	42	44	29	20	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 3, Diphtherie 11, Croup 0, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 4. Dysenterie 2, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 10.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 22, andere Gehirnkrankheiten 26. Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung der Athmungsorgane 57, Lungenschwindsucht 99, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastro-intestinal-Krankheiten 77, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, angeborene Schwäche und Antrophia infant. 43, Marasmus senilis 24, Cachixia 27.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 0, Mord 1.

— Andere Ursachen 14.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	23—29 Nov.	190 115	88	18	24,1	20,5	36,5
Kopenhagen	22 Nov. - 2 Dec.	267 000	167	62[1]	32,5	37,1	37,2
Berlin	30 Nov. - 6 Dec.	1 192 203	557	85	23,6	15,2	34,8
Wien	30 Nov. - 6 Dec.	759 849	387	21	25,5	5,4	30,0
Brüssel	23—29 Nov.	171 293	96	13	29,4	13,5	26,1
Paris	30 Nov. - 6 Dec.	2 239 928	1116	109[2]	25,7	4,4	28,7
London	30 Nov. - 6 Dec.	4 019 361	1764	223	22,9	12,4	30,6
St. Petersburg	7—13 Dec.	928 016	455	43	25,5	9,4	25,6

[1]) incl. 49 an Masern. [2]) incl. 21 an Cholera.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Januar 1885.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 21 Декабря 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Neue Folge. St. Petersburger **I. Jahrgang.**
(In der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction

von Prof. ED. v. WAHL in Dorpat und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Bestellungen übernehmen die Buchhandlungen aller Länder. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 40 Pfenn.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezügliche Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur, Dr. **L. v. Holst** in St. Petersburg, Evangelisches Hospital, Abonnements-Aufträge, Inserate etc. an die **Buchhandlung** von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 zu richten. Ausser dem Honorar (16 Rbl. pro Bogen) werden den Autoren 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt.

№ 52. **St. Petersburg, 29. December (10. Januar 1885)** **1884.**

Vier Fälle von diabetischer Cataract.

Von

Dr. C. Waldhauer sen.

(Schluss.)

III. Jacob Spalwe, Bauerknecht aus Lithauen, 41 Jahre alt, tritt am 10. Sept. in die Augenklinik ein. Pat. ist ein Hüne vom Gestalt, breit in den Schultern und hat Muskeln wie Stahl. Sein Aussehen ist indess blass und fahl. Er hat den letzten Türkenkrieg bis zuletzt durchgemacht, ohne verwundet zu sein, die ersten Kämpfe um Plewna mitgeschlagen und viel Strapazen erduldet. Seit seiner Rückkehr hat er sich nicht recht erholen können und fühlt sich oft matt, die alte Kraft und Ausdauer will nicht wiederkommen. Der Appetit war seiner Angabe nach sehr gut, über vermehrten Durst und stärkeren Harndrang klagte er indess. Die Zunge ist weisslich belegt, die Stimme sonor.

Seit einem Jahr hatte sich rechtsseitig Abnahme der Sehkraft gezeigt und seit einem halben Jahr war das Auge erblindet. Die Erblindung des linken folgte bald darauf und seit 4 Wochen hatte er sich nicht mehr führen können. Die Untersuchung ergiebt Zucker im Urin in geringer Menge, kein Eiweiss (Procente nicht angegeben).

Was die beiderseitige reife Cataract anbetrifft, glich sie im Ansehen den vorigen. Die Corticalis ist auch hier wolkig und weiss, dazwischen feine weisse Stippen, der gelbliche Kern scheint durch. Die Pupille reagirt gut und die Iris schlottert nicht, die vordere Kammer ist normal. Bei erweiterter Pupille sieht man nach oben aussen eine kleine Stelle, wo die Kapsel offenbar verdickt ist. Lichtschein und Gesichtsfeld lassen nichts zu wünschen übrig.

Nachdem die Diät entsprechend geordnet ist, wird am 13. Sept. d. J. die Extraction beiderseits vorgenommen. Aus den erwähnten Gründen wird auch hier, wo überdies die Augen auch klein und tief liegend sind, nach unten extrahirt Der Ausschnitt geht glatt ohne die geringste Erschütterung vor sich. Die Iris wird ohne Fixation gekappt, die Kapsel eröffnet, und der mittelgrosse verhältnissmässig klare gelbliche Kern tritt leicht heraus. Die Corticalis rechterseits tritt vollständig aus, linkerseits bleibt entsprechend der Kapselverdickung eine Trübung zurück.

Die Heilung verläuft ohne die geringste Reizung. Am 4. Tage kann der Verband weggelassen werden, das Zimmer bleibt aber, obgleich Pat. nicht im Geringsten lichtscheu ist, verdunkelt. In der linken Pupille liegen Trübungen, zum Theil sich lösende Rindensubstanz. Am 4. October kann Pat. entlassen werden. Er hat sich bei der Fleischdiät sichtlich erholt (vorher vielleicht gehungert). Spuren von Zucker sind noch vorhanden.

Da Pat. nicht zu lesen versteht ist die Sehprüfung eine unvollkommene. Mit + 4 giebt er an mit dem rechten Auge eben so gut wie früher in die Ferne zu sehen, mit + 2½ will er die einzelnen Buchstaben von Jäger 4 unterscheiden. Links ist die Sehschärfe für Nähe und Ferne geringer, № 8 Jäger will er erkennen. Bei schiefer Beleuchtung erscheint die rechte Pupille frei, in der linken sieht man an der erwähnten Stelle in einander geschobene Kapsel

liegen, die nach der Pupillenmitte weisse Streifen aussendet, nach aussen von der Trübung, gegen das Ciliarband ist klarer Glaskörper. Der Augengrund kann beiderseits gesehen werden und ist normal.

IV. Johann Lieberwirth, 37 Jahr alt, Bauerknecht, wurde am 12. Sept. d. J. aufgenommen. Er hatte schon im Juni sich wiederholt vorgestellt, und war auf die Reife des Staares verwiesen worden. Die Verdunkelung hatte auf beiden Augen gleichzeitig begonnen. Obgleich von vornherein Verdacht vorhanden war, hatte damals eine Harnprüfung nicht vorgenommen werden können. Die Führung hatte er erst vor einigen Wochen verloren, die Abnahme der Sehkraft datirt von der Osterzeit d. J.

Pat. war abgemagert, und verfallen trotz guter Nahrung bei seinem Bruder, der ein Kronsgut gepachtet hatte. Schwäche und Abgeschlagenheit der Glieder hatte sich schon seit ein Paar Jahren bemerklich gemacht. Dazu neuralgische Schmerzen in den Extremitäten. Die Harnmenge soll bedeutend sein, gemessen wurde sie leider nicht. Die Zunge hat einen weissen Beleg, der Durst vermehrt, der Stuhl retardirt; die Haut trocken und spröde, die Stimme heiser und hohl. Gemüthlich ist Pat. deprimirt und weinerlich, scheint sehr bigott zu sein, aber auch sehr schlau. Er bittet unter Thränen, man möge ihn nicht wieder zurückschicken. Pat. ist nicht verheirathet.

Die Diagnose auf Diabetes bestätigt sich, der Harn enthält reichliche Mengen von Zucker, kein Eiweiss.

Die entsprechende Diät wird angeordnet, der Stuhl durch etwas Magnes. carbon. mit Rheum geregelt. Pat. ist in den ersten Tagen sehr aufgeregt und es wird deshalb bis zum 17. Sept. gewartet.

Beide Staare sind reif, die wolkige weisse Corticaltrübung reicht bis zur Kapsel. Der Kern ist gelblich und scheint durch. Die Rindenschicht, Lichtschein und Gesichtsfeld sind normal. Auf seinen schliesslich ausgesprochenen Wunsch soll nur ein Auge operirt werden, worauf natürlich bereitwillig eingegangen wird. Chloroform wird bereit gestellt, aber nicht angewandt, denn wider Erwarten beweist Pat. während der Operation eine stoische Standhaftigkeit.

Der Linearschnitt wird linkerseits nach unten angelegt, ein Conjunctivallappen nicht gebildet. Ohne Fixiren wird die Iris gekappt, die Kapsel eröffnet und der mittelgrosse bernsteinfarbene, sonst durchsichtige Kern entbunden. Die Corticalis von breiiger Consistenz tritt vollständig aus; die Pupille schwarz. Sublimatverband.

Die Heilung geht ohne die geringste Reizung vor sich, selbst in der Cornealwunde ist kaum Gefässinjection zu bemerken. Am 4. Tage, wo der Verband weggelassen wird, ist nicht einmal Lichtscheu vorhanden, dessen ungeachtet bleibt der Aufenthalt in verdunkeltem Zimmer.

Als Pat. seines wiedererlangten Sehvermögens inne wird, geht sein Trübsinn in die freudigste Stimmung über. Er dringt flehentlich unter Lachen und Weinen und unter bigotten Ausrufen auf die Operation auch des rechten Auges, macht aber dazwischen rein weltlich geltend, die Gemeinde werde gewiss zum 2. Mal die Kosten nicht bewilligen.

Am 7. Tage nach der ersten Operation wird denn auch der zweite Staar gleichfalls nach unten extrahirt. Die Linsenentbindung geht sehr günstig von statten, es bleibt nichts zurück. Als indess der Blepharostat entfernt wird, tritt beim Herabsinken des oberen Lides, nachdem das untere bereits befreit ist, ebenso wie im Fall II, ein geringer Abfluss von Glaskörperflüssigkeit aus dem äusseren Winkel auf, ohne dass die Wunde klafft.

Der Verband wird sogleich angelegt. Der Linsenkern ist auch hier leicht gelb, mittelgross und durchsichtig.

Die Heilung verläuft reizlos. Die Colobome sind schlüsselförmig, Iriseinklemmung nicht vorhanden.

Bei der Entlassung am 10. Oct. sind beide Pupillen ganz klar ohne Residuen oder Niederschläge. Die Sehprüfungen ergaben beiderseits jedenfalls gutes Sehvermögen, obgleich es nicht recht fest gestellt werden kann, weil Pat. aus Speculation auf Gemeindeunterstützung, wie das bei uns nicht so selten vorkommt, simulirt. Der Augenspiegel ergiebt durchaus normalen Augengrund.

Pat. fühlt sich bei seiner Entlassung körperlich entschieden wohler, er hat zugenommen und ist beweglicher geworden, auch die Stimme ist klarer. Der Zuckergehalt hat nicht wesentlich abgenommen.

O. Becker hat in seinem Werke über das Linsensystem die diabetische Cataract eingehender behandelt, als das bisher der Fall gewesen. In unseren 7 Augen war die Trübung gleichfalls in der Corticalis vor sich gegangen und der Kern verhältnissmässig weniger verdunkelt. Die Staare hatten sich aussergewöhnlich rasch entwickelt, aber auch bei Fall I und II eine im Allgemeinen rasche Involution erfahren, das Blähungsstadium ist hier nicht beobachtet worden, ebenso wenig abnormes Verhalten des Pigments.

Das Heilungsresultat ist in allen 4 Fällen als ein recht günstiges zu bezeichnen, womit man bei gewöhnlicher Alterscataract ganz zufrieden sein könnte. Die linearen Hornhautwunden sind alle vorzüglich geheilt, selbst unter bösen Zufällen wie in Fall I ist keine Eiterung, keine nennenswerthe Iritis aufgetreten. Ebenso wenig sind Iritiden aufgetreten, wo die Kapsel und Corticalreste in der Pupille liegen geblieben waren. Die Iritis im Fall I trat nur ganz partiell auf, verbreitete sich nicht weiter und machte gar keine Symptome. Nach diesen 4 Fällen zu urtheilen, wäre wohl für die diabetische Cataract an und für sich eine von vornherein ungünstige Prognose nicht gerechtfertigt.

Was die Entwickelungsdauer dieser Staarform anbetrifft, so war sie in jedem Fall eine beschleunigte, selbst im ersten Fall, wo sie noch am meisten an die Alterscataract anlehnte. Sie ging, soweit sie der Beobachtung zugänglich war, von der Rindensubstanz im Aequator aus und verbreitete sich in derselben nach vorn und hinten, der *Kern aber* blieb bis zuletzt klar und auch in der Reife noch durchsichtig.

An diese Entwickelung vom Linsenrand her knüpft sich eine praktische Betrachtung, der ich Worte geben möchte, nämlich der Zustand des Ciliarbandes.

Im Fall I, wo kein Irisschlottern bestand, muss dasselbe doch sehr schlaff gewesen sein, weil der der Hornhautwunde entsprechende Theil der Linse sich vorbauschte und die Iris erhob. Eingerissen konnte das Band etwa beim Abfluss des Humor aqueus kaum sein, denn sonst wäre sofort, oder mit der Entbindung des Kerns Glaskörper gefolgt. Im Fall II und III hatte sich ein Theil der Kapsel vom Ciliarband los gelöst und war dem Zug des Häkchens bei der Kapseleröffnung ins Pupillargebiet gefolgt, wo sie liegen blieb und sich nicht, wie das die Regel ist, hinter die Iris zurückzog, als das Ciliarband schrumpfte; vielmehr blieb zwischen ihrem äusseren Rande und diesem ein schwarzer Raum, der freie Glaskörper. Im Fall III hatte wohl bei der Kapseleröffnung das Häkchen die verdickte Stelle der Kapsel erfasst. Der Austritt vom Glaskörper im Fall II und IV erklärt sich auch am besten so, dass man ihn von einer entfernteren Stelle, und nicht von der Nähe der Hornhautwunde herleitet, also von Zerreissung resp. Trennung des Ciliarbandes von der Kapsel, da wo der Zug des Häckchens bei der Kapseleröffnung wirkte. Wäre die Hülle des Glaskörpers in der Nähe der Hornhautwunde geborsten, so hätte diese entschieden geklafft, und er wäre nicht so bescheiden in einem Wundwinkel hervorgerieselt. Bei den gewöhnlichen Alterscataracten pflegt das Ciliarband besser zu halten.

Dieses scheint somit bei diabetischem Staar sehr bald zu atrophiren, vielleicht ebenso, wie der Staar selbst sehr rasch ins Stadium der Schrumpfung gelangt.

O. Becker hat in seinem vortrefflichen Werk nichts darüber gesagt, praktisch wäre es wünschenswerth mehr darüber zu wissen. Es mag allerdings sehr schwierig sein zu einschlägigen Präparaten zu gelangen.

Der praktische Wink, den ich aus Obigem ableiten möchte, wäre nun, bei diabetischen Staaren sehr behutsam zu operiren und nach unten zu extrahiren. Einer guten Wundheilung scheint nach Allem der diabetische Krankheitsprocess nicht im Wege zu stehen. Verständlich ist es von solcher Anschauung aus, dass die älteren Operateure schlechte Erfolge hatten und z. B. Arlt, wie oben erwähnt, der damaligen Lappenextraction gegenüber zur Discissionsnadel gegriffen hatte.

Mitau im October 1884.

Ueber das Milzgeräusch bei Febris intermittens [1].

Von

Dr. med. Samson Maissurianz,

Ordinator am Michailow'schen Krankenhause zu Tiflis.

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihnen einen an Intermittens leidenden Kranken vorzustellen, an dem Sie eine Erscheinung wahrnehmen können, welche bisher meines Wissens nach nicht beschrieben worden ist. Der stark heruntergekommene Kranke leidet seit einigen Wochen an heftigen Anfällen, welche in den letzten Tagen nach Gebrauch von grossen Chinindosen in ihrer Heftigkeit nachgelassen, ja bisweilen sogar ganz ausbleiben. Indem ich den Befund seiner übrigen Organe, welche keine besondere Veränderung darbieten, übergehe, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf seine Milz lenken. Dieselbe ist stark vergrössert und ragt etwa zwei Finger breit unter dem Rippenbogen hervor, so dass sie bei leisem Druck auf die Bauchdecken hierselbst leicht durchgefühlt werden kann. Bei diesem Druck giebt Pat. Schmerzen an. Auscultirt man die Milz am Rippenbogen etwa in der Höhe der Spitze der zehnten Rippe, so hört man mit grosser Deutlichkeit ein dem *langsamen Pulsschlage des Pat. entsprechendes intermittirendes Hauchen,* etwa 68 in der Minute; die normalen Herztöne des Pat. sind an dieser Stelle nicht zu hören. Dieses Geräusch konnten auch alle die anderen Collegen des Krankenhauses constatiren.

Es fragt sich nun, wodurch ist dieses Geräusch bedingt? Zunächst müsste selbstverständlich gedacht werden, ob wir nicht ein vom Herzen fortgeleitetes Geräusch vor uns haben. Ein solches glaube ich mit Sicherheit ausschliessen zu können, da man etwas weiter, näher zum Herzen, die beiden reinen Herztöne deutlich hören kann, während das soeben erwähnte Geräusch schwindet. Wäre dieses Geräusch ein vom Herzen fortgeleitetes, so müsste es ja näher zum Herzen deutlicher werden und nicht wie hier vollständig schwinden. Ausserdem sind die Herztöne an der zum Herzen näher gelegenen Stelle schwächer zu hören, als das weiter vom Herzen hörbare Geräusch. Gegen eine solche Annahme spricht endlich die Reinheit der Herztöne. In einem andern Falle, wo Pat. mit unreinen Herztönen behaftet war, unterschied sich das über der Milz hörbare Geräusch durch sein Timbre doch sehr deutlich von dem am Herzen vorhandenen Geräusch.

Als ein sogenanntes Muskelgeräusch kann es auch nicht aufgefasst werden, da das obenerwähnte Geräusch am deutlichsten in ruhiger Lage des Pat. bei vollkommen schlaffen, nicht gespannten Bauchdecken zu hören ist.

Ein Reiben der Complementärräume der linken Pleurahöhle kann hier, bei Abwesenheit irgend welcher Erscheinungen von Seiten der Lunge, gleichfalls sicher ausgeschlossen werden, wenn man den Pat. während der Auscultation den Athem anhalten lässt.

Ferner kann dieses Geräusch nicht durch Druck auf die Aorta abdominalis hervorgerufen sein, da man bei leisem Aufsetzen des Stethoskops an der erwähnten Stelle, d. h. am Rippenbogen, unmöglich eine Compression derselben bewirken kann.

[1]) Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Tiflis am 1. October 1884.

Was nun endlich die Möglichkeit eines Aneurysma der Milzgefässe betrifft, so unterliegt es ja gar keinem Zweifel, dass ein solches sehr wohl im Stande wäre, die soeben beschriebene Erscheinung zur Genüge zu erklären. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass solch' ein Aneurysma doch zu den so grossen Seltenheiten gehört, dass man es wenigstens nicht bei allen Patienten, bei denen ich ausser diesem ein solches Geräusch constatirt, voraussetzen dürfte. Gegen solch' eine Voraussetzung spricht ausserdem der eine zur Section gekommene Fall von Milzgeräusch, wo eben kein solches Aneurysma sich fand.

Nachdem wir nun alle diese Möglichkeiten ausgeschlossen, bleibt uns, glaube ich, nur übrig, den Sitz des Geräusches in dasjenige Organ zu verlegen, welches eben hier liegt, d. h. in die Milz. Und hier ist es wohl nicht schwer sich das Zustandekommen desselben ganz ähnlich wie das Geräusch am vergrösserten schwangeren Uterus zu denken. Sie wissen ja, m. H., dass die Milz im Stande ist in verhältnissmässig kurzer Zeit und in ziemlich bedeutenden Grenzen ihr Volumen zu ändern. Diese acuten Anschwellungen der Milz werden doch aller Wahrscheinlichkeit nach zum grössten Theil durch Füllung der hier so reichlich vorhandenen Gefässe und Gefässräume bedingt, womit nun, denke ich, nach der Analogie mit dem Uteringeräusch das Zustandekommen des beschriebenen Geräusches leicht in Zusammenhang gedacht werden könnte.

Ueber die Art und Weise, wie dieses Geräusch etwa in den Gefässen zu Stande käme, könnte man folgender Meinungen sein. Zunächst könnte man sich denken, dass durch die während jeder Systole erfolgende Ausdehnung der Arterien die in die erweiterten Arterien und Gefässräume eintretende Blutwelle in Oscillation gerathe und dadurch das Geräusch erzeugt werde. Es ist aber auch denkbar, dass solche Geräusche nicht bloss Flüssigkeitsgeräusche sind, sondern auch durch die ungleichmässige Spannung der Arterienmembran selbst bedingt werden. Von diesen beiden Möglichkeiten dürfte in Bezug auf die Milz vielleicht die erstere am ehesten zugelassen werden, wenn sie nicht beide Hand in Hand gehen, denn in geschlängelten, engen, plötzlich weiter werdenden und ebenso in weiten, plötzlich enger werdenden Gefässen — Verhältnisse, welche wohl mit denen in der Milz zusammenfallen — entsteht eine Oscillation der Flüssigkeitstheilchen, eine wirbelnde Bewegung des Blutstroms und dadurch ein Geräusch.

In dieser Weise werden ja auch die Arteriengeräusche in der vergrösserten Schilddrüse bei der Basedow'schen Krankheit aufgefasst. Hierher gehört auch das schon 1833 von Fisher zuerst bekannt gewordene Hirngeräusch, welches bei Kindern über der grossen Fontanelle zu hören ist. Vermuthlich entsteht es in den mannigfachen Windungen der Arterien an der Schädelbasis und wird durch die Hirnsubstanz bis an die Oberfläche fortgeleitet.

Wir haben es also hier höchst wahrscheinlich mit einem selbständig in der Milz und zwar in den Arterien derselben entstandenen Geräusch zu thun, da es nur bei jeder Systole des Herzens wiederkehrt, während ein Venengeräusch einen mehr continuirlichen Charakter haben müsste.

Ein solches *systolisches Geräusch an einer durch Intermittens vergrösserten Milz* ist meines Wissens bisher noch nicht beschrieben worden. Es existirt in der Literatur nur ein Fall von einer durch Leukämie vergrösserten Milz, an welcher Prof. Winkel in München ein ähnliches intermittirendes Geräusch constatirt hat. In der kurzen Zeit, seit ich angeregt durch diesen Fall, auf diese Erscheinung geachtet, habe ich dieselbe ausser diesem Falle noch in 8 anderen Fällen von mehr oder weniger frischen Milzvergrösserungen nachweisen können und den Collegen im Krankenhause demonstrirt. In einem dieser Fälle schwand das Geräusch schon am 3. Tage nach grossen Dosen von Chinin; in einem anderen wurde das Geräusch fast jedes Mal mit dem Fieberanfalle deutlicher und die Milz druckempfindlicher. Bei chronischen, derb anzufühlenden grossen

Milzschwellungen habe ich kein Mal dieses Geräusch hören können, vielleicht deshalb, weil in solchen Fällen der Gefässreichthum hinter dem überhandnehmenden interstitiellen Gewebe zurücktritt. Dass diese Voraussetzung einer grossen, blutreichen Milz für das Zustandekommen des Geräusches zutrifft, geht aus der schon erwähnten Section des einen Falles hervor, wo eine sehr blutreiche, weiche, 21 Ctm. lange, 15 Ctm. breite und 4 Ctm. dicke Milz gefunden wurde. Wenn es gestattet ist, aus einer so unbedeutenden Anzahl von Beobachtungen irgendwelche Schlüsse zu ziehen, so würde dieses Geräusch in diagnostischer Beziehung für den Blutreichthum der Milz sprechen; ich bin aber weit davon entfernt behaupten zu wollen, dass das Fehlen eines solchen Geräusches gegen eine solche Annahme spräche, da es möglich ist, dass noch andere Bedingungen nöthig sind, um die erwähnte Erscheinung zu bedingen. Auch in therapeutischer Beziehung würde man sich bei solchen Milzen am ehesten einen Erfolg von der namentlich von Botkin empfohlenen Behandlung mit dem inducirten Strom versprechen.

Das beschriebene Geräusch, m. H., hätte somit zunächst ein hauptsächlich theoretisches Interesse. Weiteren Untersuchungen bei dieser wie auch bei den anderen Infectionskrankheiten, bei welchen ich wegen Mangel an Material auf diese Erscheinung bisher nicht geachtet habe, dürfte es vielleicht gelingen, hieran auch gewisse praktische Consequenzen zu knüpfen.

Referate.

Cocaïn als local wirkendes Anaestheticum.

Im Sommer des laufenden Jahres erschien die Arbeit von Freud, am 15. Sept. machte Koller seine Mittheilung über C. auf dem Ophthalmologen-Congress in Heidelberg, und jetzt Ende November verfügen wir über eine ganze Cocaïn-Literatur.

Coca oder *Erythroxylon coca* ist ein besonders in Peru und Bolivia stark verbreiteter Strauch, dessen Blätter ein beliebtes Genussmittel der Eingeborenen, wodurch sie ihre Arbeitskraft und Ausdauer erhöhen. Durch übermässigen Genuss entstehen jedoch, ebenso wie durch Alcohol und Morphium, chronische Vergiftungen, die zu Cachexie, Verdauungsstörungen etc. führen. Der erste Vorschlag, das Coca als Stärkungsmittel zu brauchen, stammt 1569 von Monarder in Sevilla, nachdem das Mittel 1549 nach Europa gebracht worden. 1859 bereits beschrieb Mantegazza die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften des Coca und sagte ihm eine grosse Zukunft voraus. In demselben Jahre wurde das Alcaloid *Cocaïn* von Niemann, einem Schüler Wöhler's, dargestellt. Es krystallisirt in farblosen 4—6 seitigen Prismen des klinorhombischen Systems, schmeckt bitterlich, löst sich schwer in Wasser, leicht in Alcohol, Aether und verdünnten Säuren. Beim Erwärmen mit Salzsäure zerfällt es in Benzoësäure, Methylalcohol und die wenig gekannte Base *Ecgonin*. Die Formel des Cocaïn ist $C_{17}H_{24}NO_4$. Das C. muriaticum und C. aceticum sind besonders zu therapeutischem Gebrauch geeignet, da sie in Wasser leicht löslich. Die physiologischen Eigenschaften sind bereits von vielen Forschern (in Russland von Tarchanow, Nikolski, Anrep) untersucht worden, und Alle kommen zu dem Schluss, dass kleine Gaben auf das Nervensystem reizend, grosse Gaben lähmend wirken. Freud hat an sich selbst und Anderen experimentirt und fand, dass man schon bei Gaben von 0,05 Grm. (⁵/₆ Gran) toxische Wirkung (Aufstossen, Hitzegefühl, Schwindel) erhalten kann, doch ist die Wirkung individuell verschieden, Einzelne vertragen es garnicht, bei Anderen bleiben 0,05 Grm. wirkungslos. Nach Einnahme von Cocain schwindet jedes Hungergefühl und man fühlt sich kräftig und frisch. Mantegazza konnte 40 Std. (unter Einwirkung von C.) ohne zu essen zubringen und fühlte weder Hunger noch Erschlaffung. Nach Freud und Anrep soll selbst anhaltender Gebrauch des Coca keinerlei Störungen hervorrufen. Freud stellt bereits 7 Indicationen zum Gebrauch des C. auf. Er empfiehlt es als *Stimulans* in häufigen Dosen von 0,05—0,1 (?). Ferner 2) bei Magenbeschwerden (Dyspepsie) zu 0,025—0,05, 3) bei Cachexien, 4) bei Behandlung des Morphinismus und Alcoholismus, 5) bei Asthma, 6) als Aphrodisiacum. Es soll entschieden die sexuelle Potenz erhöhen, die bei Coca-Essern bis in's späteste Alter erhalten bleibt. 7) Zur *localen Anästhesirung* der Haut wie Schleimhäute eigene es sich vorzüglich. Collin und Fauvel sollen es mit Erfolg bei Krankheiten des Rachens angewandt haben.

Koller (2—3) scheint der Erste gewesen zu sein, der das C. in die Ophthalmologie eingeführt; mit den Erfolgen erregte er auf dem Congresse jedenfalls bedeutendes Aufsehen, ebenso wie auf der Sitzung der Wiener med. Gesellschaft am 17. October, wo gleichzeitig auch Königstein (5) seine Beobachtungen mittheilte. Koller benutzt zur Anästhesirung eine 5%ige Lösung des C. muriaticum und lässt mehrere Male (alle 5 Minuten) 2-4 Tropfen in's Auge träufeln. Königstein dagegen sah schon von einer 1%igen Lösung Erfolg, wobei Beide der eintretenden Erweiterung der Pupille Erwähnung thun. Die Conjunctiva wurde völlig empfindungslos. Prof. Agnew (4) machte 2 Schieloperationen an Kindern, nachdem er 3 Mal nach je 5 Minuten eine 2%ige Lösung eingeträufelt. Dasselbe gelang auch Moore und Minor. Letzterer extrahirte auch eine Cataract bei einer 50jährigen Frau, ohne Schmerzen. Prof. Knapp (6) ging bereits weiter und wandte C. nicht nur beim Auge, sondern auch bei anderen Schleimhäuten an. K. machte die Beobachtung, dass bei Einzelnen beim Cocainisiren des Auges Astigmatismus auftrat (?). Da Knapp von der 2%igen Lösung nicht immer genügende Wirkung sah, ging er zu 4%iger Lösung des C. mur. über, sie wirkte gut, bei einer Staaroperation jedoch wurde der Schmerz bei der Iridectomie gefühlt. Bemerkenswerth ist, dass Knapp nach Einträufelung der 4%igen Lösung einen vorher sehr schmerzhaften Ohrenpolyp fast ohne Schmerz entfernen konnte. Nach Bepinselung des Rachens und der Zunge schwand nicht nur die Sensibilität an den bestrichenen Stellen, sondern auch der Geschmack. Wenn man das C. bis zur hinteren Nasenöffnung brachte, schwand auch der Geruchsinn für einige Minuten. Wenn K. die 4%ige Lösung in die Urethra spritzte, konnte er, soweit die Lösung vorgedrungen, mit Leichtigkeit sich einen Catheter einführen, während es ihm vorher sehr empfindlich war. Den gleichen Effect erhielt er nach Einspritzung der Lösung in's Rectum. Prof. Roosa (7) erhielt mit 2%iger Lösung wechselnde Erfolge, namentlich wirkte das C. beim Spalten eines Thränensackes garnicht, bei mehreren Schieloperationen wenig. Dagegen wirkte es vorzüglich bei einer Trommelfellneuralgie. Katzaurow (8 u. 9) gebrauchte Anfangs eine 5%ige Salbe (aus reinem Cocain mit Vaselin), welche er in den Conjunctivalsack brachte. Der Erfolg war den oben beschriebenen entsprechend. Der Einfluss auf die Accomodation war ein nur geringer. K. gelang es bereits unter C. eine Enucleatio bulbi zu machen, wobei Pat. nur bei der Luxation des Auges und beim Durchschneiden des Nerven Schmerzen fühlte. In seiner 2. Mittheilung berichtet K., dass er bei weiteren Versuchen noch eine 10%ige Salbe mit reinem Cocain, sowie eine 5%ige Lösung des C. muriat. in Anwendung gebracht, wobei er bemerkte, dass die Pupillenerweiterung nach letztgenannter Lösung eine geringere ist, als nach einer 5%igen Salbe aus C. purum. Bei Application der 10%igen Salbe aus C. pur. beginnt die Erweiterung bereits nach 7—8 Minuten und erreicht ihr Maximum nach 25—30 Minuten. Die Lichtreaction schwindet jedoch nicht vollständig. Die Erweiterung der Pupille beginnt meist am unteren Rande *derselben*, so dass einige Zeit lang die Pupille eine etwas unregelmässige Form annimmt, darauf aber allmälig wieder rund wird. Die 10%ige Salbe übt auch einen deutlichen Einfluss auf die Accomodation aus. Ein Blasswerden der Conjunctiva konnte K. nicht beobachten, wenn er die Salbe benutzte, wohl aber 8—10 Minuten nach Einträufelung der Lösung. Dann waren die Blutungen nach Durchschneidung der Conjunctiva äusserst gering. K. kommt zum Schluss, dass ihm Lösungen geeigneter zum Gebrauch erscheinen, als die Salben.

Sprimon (13), welcher ebenfalls die oben erwähnten Arbeiten referirt, hat an sich selbst Versuche angestellt, da er seit einigen Jahren an nervöser Dyspepsie leidet. Bisher hatte er den *Coca-Wein Mariani* mit Erfolg an sich erprobt, seit dem October a. c. griff er zu C. muriatic. in Dosen von $\frac{1}{4}$ Gran 1—2 Mal pro die. Der Magendruck, die Arbeitsunlust schwinden, die Kräfte heben sich. Wenn S. aber mehr als $\frac{1}{4}$ Gr. pro die nahm, trat Durchfall, jedoch ohne Schmerzen ein (dieses beobachtete S. auch, wenn er ¹/₈ Gr. subcutan injicirte, durch Anregung der Peristaltik verursacht). Ferner bestätigt S. die local anästhesirende Wirkung des C. mur. Auch sah er nach dem Einträufeln Blepharospasmus schwinden. Im Uebrigen bestätigt S. alle von Knapp gefundenen Wirkungen auf die verschiedenen Schleimhäute. Subcutane Injectionen wirken schwächer als Bestreichen mit Lösungen, doch wurde die Haut blass und die Temperatur derselben herabgesetzt.

Anrep (10) erinnert an seine 1879 veröffentlichten Beobachtungen und bestätigt ebenfalls die Knapp'schen Resultate. Bei acuter Urethritis mit starken Schmerzen wurden letztere sowie der Harndrang durch Einspritzung von 8—10 Grm. einer 0,4—0,9%igen Lösung für 4—5 Stunden weggeschafft. Vorzüglich soll nach A. das C. auch bei Photophobie wirken, am besten als Augenwannen in 0,2—0,1%iger Lösung. In einem Falle von Pleuritis wurden die heftigen Stiche durch Injection von 0,025 C. in einen Intercostalraum für 2 Stunden derartig gemildert, dass Pat. leicht athmen konnte. Ferner hat A. durch Bestreuen eines heftig juckenden Scrotaleczems mit C.-Pulver das Jucken für 3 Std. weggeschafft. A.'s Versuche, beim Schnupfen durch Bestreichen der Nasenschleimhaut denselben zu mildern, blieben dagegen ohne Erfolg.

Jelinek (11) hat das C. muriat. mit vorzüglichem Erfolge zur Anästhesirung des Larynx benutzt, und zwar wurde er je nach der Reflexerregbarkeit auf 2 Minuten bis $\frac{1}{2}$ Std. unempfindlich. J. benutzt 10—20%ige Lösungen nach folgender Formel:

Cocain. mur.	1,0 resp.	1,0
Aq. destill.	8,0 «	3,0
Spirit. vini rectificati	2,0 «	2,0
	(10%)	(20%)

Die Lösungen sind ziemlich klar, doch wenn sie einige Tage stehen bleiben, so fällt in dem Maasse, als der Alcohol verdunstet, etwas Cocain heraus, daher ist es praktisch, dann sofort dasselbe durch Zusatz einiger Tropfen Alcohol wieder zu lösen. Ausser den schmerzstillenden Eigenschaften macht J. noch darauf aufmerksam, dass nach Bepinseln mit C.-Lösung Abschwellung geschwellter Schleimhautpartien und Secretionsverminderung beobachtet werden kann. Die einzige unangenehme Eigenschaft des C. ist nach J. der hohe Preis (1 Grm. = 5—6 Gulden in Wien). In Petersburg kostet gegenwärtig 1 Gran 40—60 Kop.,[1]) wodurch das Mittel augenblicklich praktisch nicht verwerthbar, doch wird der Preis gewiss bald heruntergehen, da Süd-Amerika so viele Coca-Sträucher beherbergt.

In der Sitzung der chirurgischen Gesellschaft zu Paris am 19. Nov. a. c. theilte Terrier (12) mit, dass er unter Cocainlösung epitheliale Wucherungen von der Cornea entfernt, ohne dass Pat. Schmerzen empfunden. Er bemerkte stets Erweiterung der Pupille, während Nicaise dieses nicht beobachtet hat. N. wandte eine 2%ige Lösung bei 4 Pat. an, bei einem blieb jedoch die Wirkung aus.

Die № 49 des «Wratsch» (6. December) bringt wiederum 2 russische Mittheilungen über C., sowie 8 Referate über ausländische Arbeiten (16—23).

Sacharjewski (14) hat die 5%ige Salbe des Cocainum purum bei 2 Cataractoperationen mit Erfolg gebraucht, Popow (15) pinselte mit 10%iger C. muriatic.-Lösung bei einfacher Tonsillar-Angina mit Erfolg und brachte eine heftige Trigeminusneuralgie durch subcutane Injection (wieviel C., nicht gesagt) in die Wange zum Schwinden.

Die nachfolgenden Referate zeigen, wie eifrig man sich in England mit dem C. beschäftigt. Carmalt Jones (19) hat, in derselben Weise wie Katzaurow und Fodor (17), eine erfolgreiche Enucleatio bulbi gemacht, wobei er eine 2%ige Lösung verwandte. Smith (20) konnte, nachdem er 3 Mal die Zunge mit 20%iger C.-Lösung bestrichen, dieselbe schmerzlos mit Acidum nitricum fumans beizen.

Macnoughton Jones (18) anästhesirte das Trommelfell, um Polypen zu extrahiren und Granulationen zu beizen, Bosworth (23) hat, entgegen Anrep, in 5 von 7 Fällen acuten Schnupfens das Nachlassen sämmtlicher Symptome für 12—24 Std. durch Pinseln mit 2%iger Lösung bewirkt, nach Ablauf der genannten Zeit kehrte der Schnupfen wieder, jedoch minder heftig. Ferner beobachtete B., dass die Nasenschleimhaut 20—30" nach dem Pinseln blass wird und abschwillt, man dieses Verfahren also benutzen kann, um zu bestimmen, ob nur hyperämische Schwellung oder Neubildung vorliege. In 2 Fällen von Hypertrophie der Nasenschleimhaut hat B. vor und nach dem Beizen mit C.-Lösung gepinselt. Zülzer (16) hat ebenso, wie bereits Anrep und Knapp die Urethra durch Injection einer 2%igen Lösung C. gegen das Einführen unempfindlich gemacht und räth die Lösung 3—4 Minuten zurückzuhalten und dann erst herauszulassen.

Brock und Arkle (21) haben an sich selbst verschiedene subcutane Injectionen von C. mur. versucht (1/7—1/3 Gran). Durchweg trat Anfangs ein Brennen, dann nach 2—3 Minuten Anästhesie in geringerer oder grösserer Ausdehnung je nach der Dosis in der Peripherie des Stiches ein. Wichtig ist ihre Beobachtung, dass Injection von Gr. 1/7 vor der Incision eines Bubo resp. vereiterten Bursa patellaris, die Schnitte nicht schmerzhaft empfinden liess.

Critchett und Juler haben mit einer 5%igen Lösung von *Cocainum salicylicum* experimentirt und es erfolgreich angewandt bei: Extraction von Fremdkörpern aus dem Auge, Ulceration der Cornea mit heftiger Photophobie, Operationen der Thränenwege, Enucleation des Auges und Schieloperationen. Auch C. und J. beobachteten eine 10 Minuten nach der Einträufelung beginnende Pupillarerweiterung, die nach ca. 30 Minuten ihr Maximum erreichte und nach 180 Minuten wieder völlig geschwunden war.

Zum Schluss wollen wir noch hinzufügen, dass das C. bereits vielfach in verschiedenster Weise auch in Petersburg angewandt wird (trotz des hohen Preises), so namentlich im Augenhospitale, auf den Kliniken und in der Privatpraxis, namentlich von einigen Laryngologen und Otologen. Allerseits hört man nur von günstigen Wirkungen und scheint in der That unsere Therapie durch das C. wiederum einen kräftigen Schritt vorwärts gethan zu haben.

Literatur.

1) S. Freud: Ueber Coca. (Centralblatt f. d. gesammte Therapie, 1884, Heft 7). — 2) Koller: Ueber Cocain. (The med. Record, Oct. 11). — 3) Koller: Ueber die Verwendung des Cocain zur Anästhesirung am Auge. (Wien. med. Presse № 43). — 4) Prof. Agnew, W. O. Moore, James Minor: Cocaine hydrochlorate, the new local anaesthetic. (New-York med. Record, Oct. 18). — 5) Königstein: Ueber das Cocainum muriaticum in seiner Anwendung in der Oculistik. (Wien. med. Presse, Octob. 16. u. 26.). — 6) Prof. Knapp: Hydrochlorate of cocaine. Experiments and application. (New-York med. Record, Oct. 25). — 7) Prof. Roosa: The new local anaesthetic. (Ibid.). — 8) Katzaurow (Jaroslawl): Ueber die locale Wirkung des Cocain auf's Auge. (Wratsch № 43). — 9) Katzaurow: Nochmals einige Worte über Cocain in der Ophthalmologie. (Wr. № 45). — 10) Anrep (Petersburg): Cocain, als local anästhesirendes Mittel. (Wr. № 46.) — 11) E. Jelinek (Wien): Das Cocain als Anästheticum und Analgeticum für den Pharynx und Larynx. (Wien. med. W. №№ 45—46). — 12) Terrier und Nicaise: Ueber Cocain. (Sitzung der Gesellschaft für Chirurgie in Paris, d. 19. November). (Deutsche Medicinal-Zeitung № 98). — 13) Sprimon (Moskau): Ueber die Wirkung des Cocain. (Medizinskoje Obosrenije № 20). — 14) A. Sacharjewski: Ueber die Localwirkung des Cocain auf's Auge. (Wratsch № 49). — 15) S. Popow: Anwendung des Cocain bei Angina und Trigeminusneuralgie. (Wratsch № 49). — 16) Prof. Zülzer: Cocain zur Anästhesirung der Urethra. (Allg. med. Centralzeitung, 13. Dec.). — 17) Fodor: Enucleation des Bulbus unter Cocain. (Ibid.). — 18) H. Macnoughton Jones: Verwendung des Cocain in der Ohrenheilkunde. (The Lancet, 6. Dec.). — 19) T. W. Carmalt Jones: Enucleation des Bulbus unter C. (The Lancet, 6. Dec.). — 20) Th. Smith: Anästhesirung der Zunge durch C. (The Lancet, 6. Dec.). — 21) J. H. Ernest Brock und C. J. Arkle: Subcutane Injection von C. (The British med. Journ., 6. Dec.). — 22) Anderson Critchett und Henry Juler: Ueber salicylsaures Cocain. (The British med. Journ., 6. Dec.). — 23) Bosworth: Wirkung des C. auf die Nasenschleimhaut. (New-York med. Record, 15. Nov.). P.

[1]) augenblicklich noch bedeutend theurer (Red).

P. Argutinski: Ueber die Wirkung des Antipyrins bei croupöser Pneumonie der Kinder. (Wr. №№ 41—42).

Seit Filehne das Antipyrin in die Praxis eingeführt, ist bereits von verschiedenen Seiten über seine günstige Wirkung berichtet worden. Ueber seine Anwendung im Kindesalter jedoch liegt bisher nur die Mittheilung von Penzoldt und Sartorius vor, daher hat Vf. das Mittel bei einigen Patienten des Kinderhospitales des Prinzen von Oldenburg versucht und zwar mit günstigem Erfolge. Es handelte sich um Pneumonie bei 5 Pat. im Alter von 4—8 Jahren. Es wurde von den kleinen Pat. ganz gern genommen und gut vertragen. Bei 25maligem Verabreichen wurde nur 2 Mal Erbrechen, selten Uebelkeit beobachtet. Meist tritt leichter Schweiss auf und der Puls wird normal, jedoch später wie der Temperaturabfall, so dass man anfangs trotz normaler Temperatur einen schnellen Puls findet. Die Temperatur fällt meist innerhalb 3 Stunden von 40 auf 38° und dauert es ca. ½ Tag bis sie allmälig wieder die frühere Höhe erreicht, daher fehlen auch Schüttelfröste beim Wiederansteigen (im Gegensatz zu Kaïrin). Verf. bestimmt die Dosis des Mittels je nach dem Alter in folgender Proportion:

	Jahr	Grm.	Gran		
Für Kinder von	½— 1	— 0,2	(3,2)	3stdl.	nie mehr als 3 Mal pro die
» » »	1— 3	— 0,3	(4,8)	3—2stdl.	
» » »	4— 5	— 0,3—0,4	(4,8— 6,4)	2stdl.	
» » »	6— 8	— 0,5 0,6	(8 — 9,8)	2stdl.	
» » «	10—12	— 0,6—0,7	(9,8—11,2)	2stdl.	

Auch an *nichtfiebernden Kindern* hat Vf. das Mittel versucht und die bemerkenswerthe Thatsache constatiren können (9 Beobachtungen an 4 Kindern von 5—10 Jahren), dass auch die normale Temperatur durch Antipyrin herabgesetzt werden kann, und zwar um 1—1½° durch grosse und mittlere Dosen (Zahlen nicht angegeben. Ref.). Dabei lässt sich keine Beziehung zu den Tagesschwankungen auffinden, das Herabsetzen der Temperatur gelingt ganz unabhängig von denselben. Dabei wurden keinerlei unangenehme Erscheinungen beobachtet, ausgenommen starken Schweiss. (Sollte dieser nicht die Temperaturherabsetzung verursachen? Ref.). P.

Paul Schröter: Anthropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. (Dorpater Inaugural-Dissertat. 1884).

Verf. hat grösstentheils in Warschau, zum Theil auch in Kalisz und Dorpat Beckenmessungen an lebenden Menschen vorgenommen, und zwar wurden von Weibern 64 Polinnen und 40 Jüdinnen, sämmtliche zw. dem 16. und 30. Lebensjahre stehend, und von Männern 50 Polen, 62 Juden und 55 Russen im Alter von 15 bis 34 Jahren diesen Messungen unterworfen.

Indem der Verf. die Ergebnisse seiner Messungen mit den von Prochownik an Deutschen und von v. Holst bei Estinnen gefundenen Resultaten vergleicht, kommt er zu folgenden Sätzen:

1) In den Beckenmaassen verschiedener Nationalitäten, resp. Raçen sind Unterschiede vorhanden. Unter den deutschen, estnischen, polnischen und jüdischen Frauen finden sich die grössten Beckenmaasse bei den Deutschen und Estinnen, kleinere bei den Polinnen, die kleinsten bei den Jüdinnen. Unter den Männern polnischer, russischer und jüdischer Nationalität haben die grössten Beckenmaasse die Russen, kleinere die Polen und die kleinsten die Juden.

2) Die Beckenneigung (Neigung der anthropologischen Beckenebene) zum Horizont ist bei verschiedenen Raçen, resp. Nationalitäten verschieden. Unter den *Frauen* deutscher, polnischer, jüdischer und estnischer Nationalität findet man die stärkste Beckenneigung bei den Deutschen, eine geringere bei Polinnen, eine noch geringere bei Jüdinnen und die geringste bei den Estinnen. Unter den *Männern* der deutschen, polnischen, russischen und jüdischen Nationalität findet man die stärkste Beckenneigung bei den Deutschen, eine geringere bei den Polen und Russen, und die geringste bei den Juden.

3) Die Beckenneigung ist nicht bei allen Nationalitäten resp. Raçen der Art, dass sie bei Frauen eine stärkere als bei den Män-

nern derselben Nationalität resp. Race ist; — bei den Polen und Juden ist die Beckenneigung der Frauen eine geringere als die der Männer.

4) Die Beckenneigung bei einem und demselben Individuum ist keine constante Grösse: eine Veränderung der Stellung des Individuums ruft eine Veränderung in der Grösse der Beckenneigung hervor. So betrug z. B. die Differenz der Beckenneigung zwischen Normalstellung und Spreizstellung der Beine bei den Polinnen nach Schröter durchschnittlich 7° 16′. Die Anregung zu dieser Arbeit verdankt Verf. dem Prof. L. Stieda. D—o.

Proebsting: Zur Casuistik der acuten Miliartuberculose. (Berl. klin. Wochenschr. 1884 № 37).

Auf die Riegel'sche Klinik in Giessen wurde ein 12-jähriges Mädchen aufgenommen, welches schon seit 5 Monaten an einer Coxitis litt aber sich dabei stets relativ wohl befunden hatte, bis dasselbe plötzlich, einen Tag vor ihrer Aufnahme in die Klinik mit Erbrechen, Durchfall und Fieber erkrankte. Man dachte daher an eine intercurrirende acute Krankheit. Anhaltende Durchfälle, Milztumor und remittirende febrile und subfebrile Temperaturen bei anscheinend gesunden Lungen dauerten 5 Wochen an und allmälig stellte sich ein geringer Eiweissgehalt im Urin ein. Das gab Veranlassung zur Untersuchung des Harn-Sedimentes, und in demselben wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Dadurch wurde die Diagnose klar; es musste eine tuberculöse Erkrankung der Harnwege angenommen werden. Späterhin wurden auch miliare Tuberkel im Augenhintergrunde sichtbar und schliesslich trat der Tod ein unter den Erscheinungen einer tuberculösen Meningitis. — Die Section ergab: Tuberculöse Coxitis, welche den Ausgangspunct für die Allgemeininfection des Körpers abgegeben hatte, acute Miliartuberculose, disseminirte miliare Tuberkel in den Lungen, Nieren- und Blasentuberculose und acute tuberculöse Meningitis.

Wenn es auch im Allgemeinen wahr ist, dass die Diagnose der tuberculösen Erkrankungen in der Mehrzahl der Fälle auch ohne den Nachweis der Tuberkelbacillen recht gut gelingt, so beweist doch der vorliegende Fall, dass unter Umständen die Koch'sche Entdeckung auch für die frühzeitige Erkennung der Krankheiten von praktischer Bedeutung sein kann. D—o.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 20. Februar 1884.

1) Dr. Bidder hat vor Kurzem einen Fall von acuter Leberatrophie zu beobachten gehabt. In die Gebäranstalt trat eine Kreissende, die icterisch war, aber am ersten Tage normale Lebergrenzen bot. In den nächsten 3 Tagen bestand schon Coma und die Verkleinerung der Leberdämpfung war genau zu constatiren, am 5. Tage traten Convulsionen ein, am 6. erfolgte der Tod. Die Section ergab bedeutende Leberatrophie, der linke Lappen und die linke Hälfte des rechten waren safrangelb und liessen gar keine Läppchenzeichnung erkennen, im rechten Leberlappen war der Process weniger vorgeschritten und es war streifen- und fleckenweise röthliche Verfärbung neben der gelben zu sehen.

Dr. Amburger constatirt, dass in diesem Falle ebenso wie in dem in voriger Sitzung mitgetheilten, die rothe Verfärbung des Leberparenchyms in solchen Partien des Organs anzutreffen war, wo der Krankheitsprocess weniger fortgeschritten; diese Beobachtungen sprechen also gegen die Ansicht von Zenker, der die Rothfärbung für das spätere Stadium der acuten Leberatrophie hält.

2) Dr. Herrmann theilt folgenden Krankheitsfall mit: Am 10. Januar wurde der 39jährige Tagelöhner Alexander Swerew im Obuchow-Hospital aufgenommen. Patient, seit 25 Jahren in Petersburg lebend, ist kräftig gebaut und gut genährt, von frischer Gesichtsfarbe, leidet seit 2 Monaten zeitweise an Kopfschmerzen, Schwindel und leichtem Husten. Temperatur ist Morgens 36,5, Abends 36,8. Die Herzdämpfung beginnt im 4. Intercostalraum, der Herzstoss reicht in den 4. und 5. Intercostalraum. Herztöne rein, regelmässig. Puls voll, 68, Respiration frei, 15—20. Unbedeutende Rasselgeräusche und einiger Husten mit wenigem, geballtem Schleimsputum. Leib weich, Leber und Milz nicht vergrössert. Patient ist bei Besinnung, antwortet aber träge, Gesicht und Gehör ungestört, Pupillen etwas eng, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen sind nicht vorhanden. Da Alcoholismus ausgeschlossen werden musste, schwankte die Diagnose zwischen Hyperämie des Gehirns, Vergiftung durch Kohlendunst und einer Neubildung im Gehirn; als wahrscheinlich wurde, beim Fehlen von Erbrechen, Krämpfen und Paralysen, Hirnhyperämie angenommen. In der nächsten Nacht sah die barmherzige Schwester den Kranken sich aufrichten und seinen Stuhl in's Bett entleeren; deswegen zur Rede gestellt, gab er keine Antwort. Derselbe Vorfall wiederholte sich zwei Tage später, Patient war überhaupt betäubt, reagirte wenig auf die an ihn gerichteten Fragen und antwortete unbefriedigend. Dagegen fehlten alle Fieberbewegungen, auch blieben die Functionen der Brust- und Baucheingeweide normal. Am 5. Tage seines Hospitalaufenthaltes ist Patient bei vollkommener Besinnung, antwortet klar und berichtet über sein Leiden, — periodische Anfälle von Schwindel und Bewusstlosigkeit, — über die er sich keine Rechenschaft geben könne. In diesen Anfällen lag er unbeweglich auf dem Rücken, stier auf einen Punct blickend und antwortete auf keine Frage. Hin und wieder stille Delirien. In der nächsten Woche relatives Wohlbefinden bis auf den Schwindel und die jetzt auf die Stirngegend beschränkten Kopfschmerzen.

Am 10. Tage nach der Aufnahme verlässt der Kranke das Bett, fällt aber dabei bewusstlos zu Boden. In Folge dessen musste der schon früher geäusserte Verdacht einer Neubildung im Gehirn an Wahrscheinlichkeit gewinnen; dem aber widersprach das nun folgende dauernde Nachlassen der Hauptsymptome; der Schwindel und die Kopfschmerzen schienen ganz zu schwinden und Alles einen guten Weg zu nehmen. Patient ass und trank und schlief normal und bat um seine Entlassung. Seine, dem Allgemeinbefinden widersprechende Schwäche in den Füssen, besonders in aufrechter Stellung, bewogen mich ihn zurückzuhalten. Am 36. Tage seines Hospitalaufenthaltes und dem 12. eines scheinbaren Wohlbefindens starb er ohne wahrnehmbaren Todeskampf. Da die Section erst vorgestern stattgefunden, das Präparat erst heute der Chromsäurelösung entnommen ist, muss ich mich auf den groben makroskopischen Befund beschränken: Schädelknochen und Hirnhäute bieten nichts Abnormes. In der rechten Bregmagegend, theilweise in die Hirnmasse eingebettet, theilweise die Corticalsubstanz ergreifend, findet sich eine schleimig gequollene zerfliessende Ablagerung von der Grösse einer Wallnuss; eine vollkommen gleiche in der rechten Hälfte des Kleinhirns von der Grösse einer Haselnuss, erbsengrosse gleiche Ablagerungen in dem Stirnlappen. Rechte Lunge frei, unterer Lappen ödematös; die linke Lunge enthält in ihrem unteren Lappen verschieden grosse, ähnliche Krebsmassen, wie die im Gehirn, bis zu der Grösse eines kleinen Apfels; in der Peripherie derselben entzündetes Gewebe. Die Bronchialdrüsen sind enorm vergrössert, krebsig entartet, besonders in der Umgegend der Kreuzung des Bronchus mit der Aorta. Oesophagus und Larynx durch gleiche Neubildung verlöthet, das Lumen Beider normal. Magen, Leber, Gallenblase und die sehr kleine Milz frei von aller Ablagerung, leichter chronischer Katarrh des Magens und Duodenum. Ein pilzartig vorspringendes Geschwür im Dünndarm von 3—4 Ctm. Durchmesser. Der primäre Ausgangspunct des ganzen Leidens, das wir einstweilen als Carcinoma myxomatosum betrachten, lag in der Cauda pankreatis, hatte diese durchbrochen, sich mit dem Colon verlöthet und ähnliche Ablagerungen verschiedener Grösse in den Mesenterialdrüsen gesetzt.

3) Dr. Lehmann berichtet über folgenden Fall: Eine Frau, die in 13jähriger Ehe steril gewesen, trat circa 4½ Monate gravid und in der ersten Woche eines Abdominaltyphus in seine Behandlung. Am 1. Januar erfolgte im Verlaufe von 3 Stunden Abort, wenig Blutung, die Temperatur war bereits fast normal geworden. 2 Tage später geringe Temperatursteigerung und schlecht riechende Lochien, intrauterine Injectionen mit 3%iger Carbollösung wurden applicirt. Nach 3 Tagen Euphorie, nach 5 Tagen völliges Wohlbefinden. In der darauffolgenden Nacht 2—3 Stunden dauernder Schüttelfrost. Temp. 35,8, Puls 50. Livor, Dyspnoe, Ausstossung eines birnförmigen Körpers von ca. 7 Ctm. Länge und derber Consistenz. Im Verlauf von 3 Tagen wurde durch Excitantien die Temperatur auf 37,2, der Puls auf 70 gebracht, aber die Herzthätigkeit wurde nicht gehoben, die Dyspnoe blieb stark und 5 Tage nach Ausstossung des Gebildes erfolgte der Tod. Der Tumor erwies sich als derbes, altes Fibromyom; es ist anzunehmen, dass in Folge der Involution post partum der Stiel der Geschwulst eitrig zerfallen war und dadurch Septikämie eingeleitet wurde.

4) Dr. Kernig hat vor Kurzem einen schweren Fall von Grippe in Behandlung gehabt: Eine Frau war 4—5 Tage mit Husten, profusem Schnupfen, mässigem Fieber und Kopfschmerz krank, als sich der Kopfschmerz vorwiegend im Occiput zu unerträglicher Höhe steigerte; derselbe war zugleich von deutlicher Nackenstarre begleitet, auch liess sich beim Aufrichten an einem Beine die Erscheinung vorübergehender Contractur beobachten. Keinerlei Parese war vorhanden. Dieser Zustand hatte zwei Mal 24 Stunden, bei absoluter Schlaflosigkeit, angehalten. Kälteapplication auf den Kopf und Laxantien hatten keinen Erfolg, erstere war ausserdem der Patientin äusserst unangenehm. Nach localer Blutentziehung und bei Einreibung von Unguentum mercuriale trat schon in 12 Stunden grosse Besserung und dann rasche Convalescenz ein. Während des Verlaufs war deutliche Milzschwellung zu constatiren, nach Cessiren der bestehenden Menses enthielt der ganz reine klare Harn sehr viel Eiweiss, das nach 24 Stunden schwand. Nachdem der Kopfschmerz nachgelassen, war Patientin sehr schwerhörig, es bestand Rachenkatarrh, aber eine Otitis media, die ja sonst eine Meningitis vortäuschen könnte, war nicht vorhanden. Milzschwellung, Albuminurie, Kopfschmerz, Nackenstarre, Alles fiel zusammen, daneben starker Schnupfen. Die Diagnose Grippe blieb bestehen. Das Fieber bewegte sich zwischen 38,4 und 39°.

z. Z. Director D. Herrmann.
Secretair Dr. Amburger.

Vermischtes.

— Der Minister der inneren Angelegenheiten, Graf D. Tolstoi, ist von dem Medicinalrath zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Dr. Ott ist von der Conferenz der militär-medicinischen Akademie als Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie zugelassen worden, und zwar *einstimmig* (23 Stimmen), was nach dem «Wratsch» sehr selten in der Academie vorkommen soll.

— Am 4. December beging in Odessa der Ordinator des dortigen jüdischen Hospitals Dr. S. Margulies sein 25jähriges Dienstjubiläum. Der Verwaltungsrath des Hospitals hat beschlossen ihm eine Gratification im Betrage seines Jahresgehalts (1200 Rbl.) auszuwirken und sein Portrait im Saale des Hospitals aufzuhängen.

— Vor Kurzem verstarb hieselbst der Staatsrath Dr. Ed. Kettler im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Dorpat erhalten, wo er von 1838—1842 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens wurde K. Arzt am hiesigen Findelhause und später auch bei dem früheren Arbeiterhospital.

— *Verstorben*: 1) Der Gouvernements-Medicinal-Inspector von Twer Dr. Demidowitsch; 2) der Kreisarzt in Olonez P. Woronzow; 3) der Kreisarzt in Igumen Ssawitsch; 4) der Kreisarzt in Werchneuralsk Chelkowski.

— Die Pariser Studenten, die *Mediciner* an der Spitze, haben neuerdings eine auffallende Hetze gegen die in Paris studirenden Ausländer in's Werk gesetzt. Die *Mediciner* verlangen unter Anderem, dass die ausländischen Studenten höhere Gebühren bei der Immatriculation etc. bezahlen, dass sie besonderen Abtheilungen zugewiesen werden, welche in den Laboratorien, Kliniken, Secirsälen, Krankenanstalten u. s. w. erst dann zugelassen werden, wenn die französischen Studenten ausgiebig bedacht sind, dass ferner Ausländer als Assistenzärzte in Kliniken und Krankenhäusern nicht mehr angestellt werden. Die Würde eines Doctors soll ihnen nur ehrenhalber verliehen werden und zwar mit der ausdrücklichen Bedingung, niemals den ärztlichen Beruf in Frankreich auszuüben. Aerzte, welche im Auslande ihre Prüfungen bestanden haben, sollen in Frankreich ungemein hohe Gewerbesteuer zahlen.

— Lord Reay hat Anfangs dieses Jahres die Bildung eines Comités veranlasst, dem die Ausarbeitung eines Planes zur Begründung *einer neuen Universität in London nach deutschem Muster* an Stelle der bisherigen «University of London», welche nur quasi eine Behörde zur Veranstaltung von Examinationen und Ertheilung von academischen Graden vorstellt, übertragen wurde. Dieser Plan ist in einer kürzlich stattgefundenen Versammlung sämmtlicher wissenschaftlicher Notabilitäten und Vertreter Londoner Lehrkörperschaften als Grundlage für die Constituirung der künftigen Universität vorläufig genehmigt worden. Nach diesem Plan soll die Universität die gegenwärtig in London bestehenden höheren Lehranstalten, wie die Rechtsschulen der 4 «Inns of Court» genannten juristischen Gesellschaften, die von den Collegien der Aerzte und Wundärzte geleiteten und den Hospitälen affiliirten medicinischen Lehrkörperschaften, sowie die Kunstacademie in sich aufnehmen; ebenso soll die gegenwärtige «University of London» der künftigen Universität als besondere Examinationsbehörde für ganz England angegliedert werden. Die Universität wird 4 Facultäten umfassen und zwar: Philologie, Naturwissenschaft, Medicin und Jurisprudenz (Theologie wird fehlen). Ein Universitätsrath, an dessen Spitze ein Kanzler und zwei Vicekanzler stehen werden, soll die Verwaltung der Universität übernehmen. Stimmen im Universitätsrath können der Staat oder sonstige Corporationen, falls sie Beiträge zur Fundirung des Instituts geben, erhalten, doch darf die Gesammtzahl der Stimmen staatlicher oder municipaler Behörden nicht mehr als $^1/_3$ aller Stimmen betragen. Den Rest der Stimmen sollen die Vertreter anderer wissenschaftlicher Gesellschaften (British Museum, königl. Academie der Künste, Royal Society, Ingenieur-Institut, incorporirte juristische Gesellschaft u. A.) erhalten.
(Allg. Med. Ctrl.-Ztg.)

Vacanzen.

— *Zwei Landschaftsarztstellen* im Kreise *Ssoljwytschegodsk* sind vom 1. Januar des nächsten Jahres an zu vergeben, die eine in der Stadt mit 2000 Rbl., die andere im Kreise mit 1500 Rbl. Gehalt. Adresse: «Сольвычегодская Земская Управа». (Wr.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 16. bis 22. December 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
248	227	475	114	52	45	9	3	11	54	50	39	36	37	20	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 5, Pocken 5, Masern 1, Scharlach 4, Diphtherie 7, Croup 4, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 1. Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 14.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, andere Gehirnkrankheiten 26, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 73, Lungenschwindsucht 81, andere Krankheiten der Brusthöhle 9, Gastro-intestinal-Krankheiten 65, andere Krankheiten der Bauchhöhle 16, angeborene Schwäche und Antrophia infant. 41, Marasmus senilis 26, Cachixia 14.

— Tod durch Zufall 3, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 12.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	30 Nov. - 6 Dec.	181 732	84	9	22,0	10,7	38,5
Kopenhagen	3—9 Dec.	267 000	190	52[1]	37,0	27,3	39,9
Berlin	7—13 Dec.	1 225 065	584	99	24,8	16,9	35,3
Wien	7—13 Dec.	759 849	369	25	25,3	6,7	34,7
Brüssel	30 Nov. - 6 Dec.	171 293	101	11	30,7	10,9	25,8
Paris	7—13 Dec.	2 239 928	979	114[2]	25,2	11,6	25,8
London	7—13 Dec.	4 019 361	1638	212	21,3	12,9	33,8
St. Petersburg	14—20 Dec.	928 016	495	53	27,7	10,7	30,3

[1]) incl. 41 an Masern. [2]) incl. 7 an Cholera.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Januar 1885.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Januar c.

Dr. Max Schmidt

wird diesen Winter in **SAN REMO** prakticiren. — Hôtel de Nice. 211 (2)

Goldene Medaille für Verbandstoffe und Frucht-Extracte.

Moskau 1882.

Das

chemische Laboratorium

von

J. MARTENS,

Rasjesshaja № 49/35,

empfiehlt sämmtliche

antiseptischen Verbandstoffe

von ganz ausgezeichneter Qualität, als: **hygroskopische Watte** und aus derselben dargestellte Präparate, **Marly**, **Cambric**, **Jute**, **Wergwolle** (getheerter gekochter Werg), **Holzwatte**, **Binden** etc. Alle Artikel nach den neuesten chirurgischen Erfahrungen bereitet. Preiscourante und Proben stehen franco zur Verfügung;

übernimmt die Ausführung:

von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;

von sämmtlichen **Zerkleinerungsarbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 143 (3)

VICHY

Depot in Paris, 8, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

Zu haben bei: Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Gesellschaft, H. Klos & Co.

MIKROSKOP

zu

Bacillen - Untersuchungen.

Das neu construirte achromatische, in Fachkreisen mit Vorliebe benutzte **Bacterien-Mikroskop** mit Abbé'schem Beleuchtungsapparat, 3 Ocularen und 3 Systemen, 50 bis 1500 linear. Vergrösserung, mit Oel-Immersion, grosses elegantes Hufeisenstativ zum Umlegen, Cylinderblenden, drehbaren Hohl- und Planspiegel, complett in Mahagonikasten liefern für 140 Mark. — **Beleuchtungsapparat** nach Abbé fertige für jedes Mikroskop à 25 Mark. 212 (1)

Ed. Messter, Berlin, Friedrichsstr. 95.

Lieferant für hiesige und auswärtige Universitäten und Krankenhäuser.

Ein zuverlässiger Mann, der deutsch und russisch versteht, vertraut mit Haus- und Fabrikverwaltung, sucht eine Stelle als Aufseher in einem Hospital oder in einer Privat-Heilanstalt. Zu erfragen Измайловскій п. 10 рота д. 10 кв. 4.

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS: MM.

BOUCHARD Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Lariboisière.	CHAUVEAU Professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Directeur de l'École vétérinaire.
CHARCOT Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de la Salpêtrière.	VULPIAN Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'Hôtel-Dieu.

RÉDACTEURS EN CHEF: MM.

LANDOUZY Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Tenon.	LÉPINE Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS: MM.

OLLIER Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.	VERNEUIL Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF: MM.

NICAISE Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Laennec.	TERRIER Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de l'année 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression.

PRIX D'ABONNEMENT

Pour chaque revue séparée:		Pour les deux revues réunies:	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Départements et étranger.	23 fr.	— Départements et étranger.	40 fr.

On s'abonne sans frais, à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'Étranger, et dans tous les bureaux de poste. 213 (1)

Wichtig für die Herren **Apotheker** und **Aerzte!** **Chininum sulfuricum** und **muriaticum**, ganz reine probehaltige Präparate, empfiehlt das **Newsky-Apothekerwaaren-Magazin** immer zum **Hamburger Börsenpreise.** Auswärtige Bestellungen werden prompt ausgeführt. Adresse: *196 (5)*

НЕВСКІЙ АПТЕКАРСКІЙ МАГАЗИНЪ,

Невскій проспектъ № 47, уголъ Владимірской

Telephon № 548.

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, **Salicyl-**, **Thymol-**, **Carbol-** und **Jod-Watten** und **-Juten**, **Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband**, **Verband-Ranzen**, **Feldflaschen**, **Feldscheer-Taschen**. **chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter**. 157 (12)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

---

30 **Kurort Ober-Salzbrunn**

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung des „Ober-Brunnens"** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens" zu jeder Zeit. **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection**

Verlag von Carl Ricker in St. Petersburg

Newsky-Prospect № 14.

Dr. W. Podwyssotzki (Sohn)

KEFYR

Kaukasisches Gährungsferment und Getränk aus Kuhmilch. Seine Geschichte, Literatur, Zubereitung, Zusammenhang, sowie physiologische und therapeutische Bedeutung.

Preis 80 Kop.

Mit Versendung 1 Rbl.

Von Sr. Majestät dem Kaiser u. König Franz Josef I. Allerhöchst ausgezeichnet

Man verlange stets ausdrücklich

Vier Gold- und Verdienstmedaillen. Versand im J. 1883 1 Million Flaschen

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

Uebertrifft nach der Analyse d. Prof. v. Fehling in Stuttgart alle übrigen Bitterwässer an wirksamen Bestandtheilen

Depots überall. Die Direction in Budapest

Führt sicher, mild u. unschädlich ab (s. die experimentellen Untersuchungen v. Dr. C. F. Kunze in Halle in dessen Broschüre)

NIEDERLAGEN werden auf Wunsch überall errichtet. 186 (12)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 28 Декабря 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 1 JANUAR 1884

Abkürzungen.

Arch. Botk. — Archiv kliniki wnutrennych bolesnei Prof. Botkina. (Botkin's Archiv der Klinik f. innere Krankheiten).
Arch. Psich. Kow. — Archiv psichiatrii, neirologii i ssudebnoi psichopatologii Kowalewskawo w Charkowe (Kowalewski's Archiv f. Psychiatrie, Neurologie u. gerichtliche Psychopathologie. Charkow).
Dnew. Kas. Ob. — Dnewnik Kasanskawo obschestwa wratschei. (Tageblatt der Kasan'schen ärztlichen Gesellschaft).
Jesh. Kl. Gas. — Jeshenedelnaja klinitscheskaja gaseta. ([Botkin's] klinische Wochenschrift).
Letop. Chir. Ob. M. — Letopiss chirurgitscheskawo obschtschestwa w Moskwe. (Jahresbericht der chirurgischen Gesellschaft in Moskau).
Med. Bibl. — Medicinskaja bibliotheka. (Medicinische Bibliothek).
Med. Obsr. — Medicinskoje Obosrenije. (Medicinische Rundschau).
Med. Prib. Morsk. Sb. — Medicinskija pribawlenija k Morskomu Sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Journal).
Med. Sb. Kawk. Ob. — Medicinski Sbornik Imperatorskawo Kawkaskawo Medicinskawo Obschtschestwa. (Medicinisches Journal der Kaiserl. Kaukas. Medicin. Gesellschaft).
Med. Westn. — Medicinski Westnik. (Medicinische Zeitschrift).
Meshd. Klin. — Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Prot. Chark. Ob. — Protokoly Charkowskawo obschtschestwa wratschei. (Protokolle der Charkow'schen ärztlichen Gesellschaft).
Prot. Kawk. Ob. — Protokoly kawkaskawo medicinskawo obschtschestwa. (Protokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft).
Rab. SPbg. Ob. — Raboty i protokoly St. Peterburgskawo medicinskawo obschtschestwa. (Arbeiten u. Protokolle der St. Petersburger medicinischen Gesellschaft).
Russ. Med. — Russkaja Medicina. (Russische Medicin).
Sdor. — Sdorowije. (Gesundheit).
Spraw. List St.-R. — Sprawotschny listok Staro-Russkich mineralnych wod. (Anzeiger für Bad Staraja-Russ).
Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. — Ssoobschtschenija i protokoly sassedanij St. Peterburgskawo Medicinskawo Obschtschestwa (Mittheilungen und Sitzungsprotokolle der St. Petersburger med. Gesellschaft).
Trud. Odess. Ob. — Trudy Odesskawo obschtschestwa wratschei. (Arbeiten der Odessaer ärztlichen Gesellschaft).
Trud. Ob. R. W. Trudy i protokoly obschtschestwa russkich wratschei. (Arbeiten u. Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte).
Univ. Iswest. — Universitetskija Iswestija. (Universitäts-Nachrichten. [Kiew]).
Westn. Oft. Chod. — Westnik Oftalmologii Prof. Chodina w Kiewe. (Prof. Chodin's Zeitschrift f. Ophthalmologie. Kiew).
West. Psich. Mersh. — Westnik klinitscheskoi i ssudebnoi psichiatrii i nevropatologii Prof. Mershejewskawo. (Prof. Miersziejewski's Zeitschrift f. klinische u. gerichtliche Psychiatrie u. Neuropathologie).
West. Sud. Med. — Westnik ssudebnoi mediciny i obschtschestwenuoi gigieny. (Zeitschrift für gerichtliche Medicin u. öffentl. Hygiene.)
Wojenn. Med. Sh. — Wojenno-medicinski shurnal. (Militair-medicinisches Journal).
Wojenn. Ssanit. D. — Wojenno-ssanitarnoje delo. (Militair-Hygiene).
Wr. — Wratsch. (Der Arzt).
Wr. Wed. — Wratschebnyja Wedomosti. (Aerztliche Nachrichten).

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

Iwanowski: Die Genfer Convention vom 10./22. Aug. 1864. (Univ. Iswest. 1883. № 10 ff.)

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Monstra, Vergleichende Anatomie etc.

Bechterew: Der Verlauf der Opticusfasern auf ihrem Wege von den Corpp. geniculata zu den Vierhügeln. Experimentelle Untersuchung. (West. Psich. Mersh. pag. 129.)

M. Buch: Ueber die täglichen Schwankungen der Muskelkraft beim Menschen. Vorläufige Mittheilung. (Wr. 1883, № 44—45). Ref. folgt.

Feinberg: Ueber die Beziehungen der vasomotorischen Centra des Gehirns und Rückenmarkes zu den elektrischen Strömen, welche auf den Schädel, die Wirbelsäule und die Haut applicirt werden. Experimentelle Untersuchungen. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 25, 26, 27).

N. Makarow: Bemerkenswerthe Zwillinge. (Wr. 1883, № 46.) Ref. folgt.

J. Pawlow: Die centrifugalen Nerven des Herzens. (Arch. Botk. Bd. VIII.) Ref. folgt.

M. A. Schulgin: Schema des Faserverlaufes im Cerebrospinalsystem des Menschen.

A. Tarenezki: Die Stirnhöhlen des Siebbeins und ihre Oeffnungen in den oberen Nasengängen. Entwickelungsgeschichte und Anatomie derselben nebst Bemerkungen über ihre anthropologische und physiologische Bedeutung und einem praktischen Anhange. (Wojenn. Med. Sh. August. September 1883)

J. W. Zybulski: Die Hautnerven. Histologische Untersuchungen der Nervenendigungen in der Nasenschleimhaut und der Lippe des Ochsen. (Ibidem. August 1883).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

L. Heydenreich: Untersuchungsmethoden für niedere Organismen. (Separatabdr. a. d. Wr. 1883, № 42.)

P. Ljubimow: Ueber die Koch'schen Tuberkelbacillen. Aus d. pathol. anat. Cabinet des Prof. A. Petrow. (Dnew. Kas. Ob. 1883, № 17. ff).

N. D. Monastyrski: Zur Morphologie des Schizomyceten beim Rotz (Bacterium mallei). (Jesh. Klin. Gas. 1883, № 28, ff.)

Senkewitsch: Die Bedeutung der niederen Organismen in der Aetiologie der Infectionskrankheiten (Univ. Iswest. 1883. — Fortsetzung № 10).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

P. Rosenbach: Ueber den Einfluss des Hungerns auf die Nervencentra. — Inaug. Diss. — St. Petersburg 1883. (Ref. folgt.)

J. J. Burzew: Perimeningitis et Myelitis bulbi acuta. (Jesh. Kl. Gas. 1883. № 26. ff.)

A. Korkunow: Ueber den Einfluss verschiedener Umstände auf die Ausscheidung des Eiweisses bei Nephritis. (Aus der propädeutischen Klinik des Prof. Manasseïn). Vorläufige Mittheilung. (Wr. 1883, № 46).

Langowoi: Zur Frage über die Veränderungen im Gefässsystem und den inneren Organen bei chronischer Cantharidinvergiftung. (Med. Obsr. Sept. 83). Ref. folgt.

Lukianow: Zur Frage nach den functionellen Störungen des Herzens in seinen verschiedenen Abschnitten. (Arch. Botk. Bd. VIII). Ref. folgt.

A. Pawlowski: Zur Lehre von den Adenomen der Leber. Tubulös-cavernöses Adenom. Aus dem pathol.-anatomischen Laboratorium des Prof. Iwanowski. (Wr. 1883, № 41, 43 u. 45).

Wladimir Tschish: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Rückenmarkes bei der progressiven Paralyse der Geisteskranken. (Wojenn. Med. Sh. Aug. 1883. ff.)

Wilishanin: Ueber den Stickstoffumsatz bei der Gelbsucht. (Arch. Botk. Bd. VIII.)

Innere Medicin.

D. Achscharumow: Ergotismus. — Poltawa 1883.

G. Karrick: Der Kumyss und seine Hyperkritiker. — St Petersburg 1883. — Eine scharfe aber treffende Antikritik zweier von Portugalow und Oserezkowski im «Med. Westn.» veröffentlichten abfälligen Kritiken über Kumyss und seine therapeutische Anwendung.

Kurzer Repetitionscursus der speciellen Pathologie und Therapie. St. Petersburg 1883.

Liebermeister: Ueber die neuesten Bestrebungen in der Therapie. Rede gehalten auf dem Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg 1883. Uebersetzt und mit einem Vorwort versehen von M. Afanassjew. — St. Petersburg 1884. — C. Ricker.

Receptsammlung aus den europäischen Kliniken (2427 Recepte). St. Petersburg 1883.

Ad. Strümpell: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. I. — Uebersetzt unter der Red. von W. D. Scherwinski. — Moskau 1884.

T. Bogomolow: Arsenik als Antipyreticum und Antisepticum bei Febris recurrens. Aus dem Apanagenhospital in Krassnoje Sselo. (Wr. 1883 № 43 u. 44.) Ref. folgt.

M. Dawydow: Ulcus rodens, Pleuritis seroso haemorrhagica dextra, Degeneratio cystica renum bei einer und derselben Person. (Wr. Wed. 1883 № 45). Ref. folgt.

A. Gretschichin: Die Wirkung der Carbolsäure auf den fiebernden Organismus. — Aus dem Kars'schen Militär-Hospitale. (Med. Sb. Kawk. Ob. 1883 № 37.)

Ignatjew: Fall von Ileotyphus bei einem 9 jährigen Knaben. (Stirbt am 3. Tage seines Hospitalsaufenthalts an Herzschwäche. Section weist die charakteristischen Zeichen des Abdominaltyphus nach.) (Med. Obosr. 83 Sept.)

Jakubowski: Basedow'sche Krankheit und Quebracho. (Wr. Wed. 1883 № 37, 39 u. 43). (4 Fälle. J. hat in allen diesen Fällen das Inf. cortic. Quebracho statt des Morgen- und Abendthees mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt; im Verlauf von ca. 2 Wochen verschwanden beim Gebrauch desselben die Anfälle ohne wiederzukehren. Verf. ist daher geneigt, das Quebracho als ein Radicalmittel gegen die Basedow'sche Krankheit anzusehen).

S. Karst: Zur Aetiologie der croupösen Lungenentzündung. (Med. Prib. Morsk. Sb. 1883 Nov.). Ref. folgt.

A. Krassowski: Der Scorbut in den in der Stadt Batum stationirten Truppentheilen. — Aus dem Batum'schen Militair-Hospitale. (Med. Sb. Kawk. Ob. 1883 № 37).

A. Mogiljanski: Ueber die Anwendung kalter Douchen bei fieberhaften Krankheiten. (Aus der propädeutischen Klinik des Prof. Manasseïn). (Wr. 1883 № 34, 37—43.) Ref. folgt.

A. P. Ostapenko: Kaïrin als Antifebrile. (Fortsetzung und Schluss. (Med. Westn. № 41, 42.)

A. Paschkewitsch: Eine Bemerkung zu den subcutanen Einspritzungen. (Wojen. Med. Sh. 1883 September).

Rosenfeld: Die Behandlung der Ruhr mit Phenolum jodatum. (Wr. 1883 № 45. Schluss folgt).

K. Schidlowski: Alumen ustum bei Wechselfieber. (Wr. 1883 № 42.)

N. L. Seeland: Wechselfieber und Terpenthinöl. (Med. Westn. 1883 № 42.) Empfehlung des Terpenthins als billiges und bei Idiosyncrasien zu verwerthendes Surrogat des Chinins in allen Formen des Wechselfiebers. Beweis — 2 kleine Tabellchen.

A. Solotarew: Ueber den Chiningebrauch bei Wechselfieber. Räth Chinin in Wein oder mit Soda einzunehmen. (Med. Prib. Morsk. Sb. 1883 Nov.).

Titow: Ein Fall von Urämie. (Med. Sb. Kawk. Ob. 1883 № 7.)

Chirurgie.

J. Chruschtschow: Die neuesten Verbesserungen von Obsturatoren und Prothesen zur Bedeckung oder Ausfüllung von Defecten des harten oder weichen Gaumens. St. Petersburg 1883.

F. Bornhaupt: Ueber den Mechanismus der Brüche der Röhrenknochen. (Uniw. Iswest. 1883 № 10.) Antrittsvorlesung für das Catheder der theoretischen Chirurgie und Hospitalklinik.

Djakonow: 49 Lithotomien (Seitenschnitt) in dem Gouvernements-Landschaftsspitale zu Orel ausgeführt. (Med. Obosr. 83 Sept.). Ref. folgt.

J. Iwanow: Tod durch Ruptur des Darmes. Ein Fall. (Wr. Wed. 83 № 44).

S. P. Kolomnin: Die Unterbindung der A. carotis externa. Die doppelte Unterbindung derselben bei Neubildungen. — St. Petersburg 1883. (Med. Bibl. 1883 № 8). Ref. folgt.

W. Lindenbaum: Zur Casuistik der perforirenden Wunden der Brust und des Unterleibes. (Wr. 83 № 47. Schluss folgt). Ref. folgt.

Mischtolt: Zur Casuistik der Jodoform-Therapie. 2 Fälle. Ein Fall von Synovitis articulationis tibio tarsalis mit Fistelgängen, bei dem alle übrigen Mittel erfolglos gewesen, es trat auf Jodoformbehandlung Heilung ein. Der Fall II (Scrotalwunde) bietet nichts Neues. (Med. Prib. Morsk. Sb. 1883 Oct.).

D. Morosow: Eine Methode, aus Werg ein Verbandmittel herzustellen. (Wr. 83 № 46). Ref. folgt.

W. N. Nikitin: Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraume. (Med Westn. 83 № 41. ff.) Ref folgt.

Parzewski: Milzabscess, Heilung desselben durch Aspiration. (Med. Obosr. 1883 Oct.).

E. Pawlow: 1 Fall von Resection des Nervus medianus wegen einer Geschwulst. Wegen eines Lipoma fibrosum, vom Perineurium ausgehend, guter Erfolg! (Wr. 83 № 43 u. 44.) Ref. folgt.

J. J. Perkowski: Die Durchschneidung eines Astes des Nervus auriculo-temporalis, — ein Heilmittel gegen hartnäckige Kieferschmerzen. (Wojen. Med. Sh. 1883 September).

N. Sklifassowski: Material zur Aetiologie der Schulverkrümmungen der Wirbelsäule (Scoliosis habitualis). (Wr. 83 № 41 bis 43). Ref. folgt.

Ssolowjew: Fall von atheromatöser Cyste hinter dem Rectum und operativer Entfernung derselben. (Med. Obosr. 83 Sept.).

Weljaminow: Ueber die Aetiologie der Scoliose. (Rab. SPbg. Ob. v. 18. Oct. 83.)

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Bechterew: Zur Casuistik der Hemianopsie. (Westn. Psich. Mersh. 1883. pag. 115).

Danillo: Encephalitis corticalis circumscripta. (Aus dem Charcot'schen klinischen Laboratorium.) Vorläufige Mittheilung. (Ibidem pag. 128.)

Derselbe: Fall von temporärer Aphasie. (Ibidem. pag. 44.)

Drosnes: Materialien zur Psychopathologie des Jünglingsalters. (Ibidem. pag. 1.)

Erlizki: Acutes Delirium, diffuse Entartung der Gehirnarterien und herdartige Erweichung der Gehirnsubstanz. (Ibidem. pag. 55).

Mierzjejewski u. Erlizki: Sclerosis lateralis amyotrophica. (Ibidem. pag. 89).

Rybalkin: Ueber einen Fall genuiner Hypnose. (Rab. SPbg. Ob. v. 18. Oct. 83). Behandlung mit künstlicher Hypnose, wodurch die selbständigen Anfälle seltener wurden und jetzt seit 3 Wochen ausgeblieben sind. Gleichzeitig wurden Douchen, Wannenbäder und Argent. nitric. angewandt.

M. Scherschewski: Thermische Neurosen. Material zur Pathologie der vasomotorischen Neurosen. (Wr. 83 № 34—44). Vier Fälle aus den Jahren 1875—83 mit genauen Krankengeschichten und kritischer Besprechung; keine Harnstoffbestimmungen. Erscheint auch im Französischen.

Hautkrankheiten.

Hebra u. Kaposi: Handbuch der Lehre von den Hautkrankheiten. Bd. II, Lief. 1. — Aus d. Deutschen übers. unter d. Redact. von A. Polotebnow. — St. Petersburg. 1883.

W. Brandt: 1 Fall von Lepra tuberosa. (Med. Prib. Morsk. Sb. Oct. 1883). 26jähriger Matrose aus dem Astrachan'schen Gouvernement, seit 2 Jahren im Dienst, 1½ Jahr krank. Bacillen in den Gesichtsknoten gefunden.

Münch: Ueber Lepra im südlichen Russland. (Bericht gelesen auf der 7. Sitzung d. med. Section des VII. Congresses russ. Naturforscher und Aerzte, abgedruckt in Wratsch 83, № 41).

A. Tichomirow: Ueber Lupus. (Trud. O. R. W. 1883. 1. Hälfte.)

Venerische Krankheiten. Prostitution.

W. Bogoslowski: Ueber den Einfluss der Schwefelthermen von Pjatigorsk auf die Heilung der Syphilis. (Trud. O. R. W. 1883. 1. Hälfte.)

A. Feoktistow: Ueber die operative Behandlung der Bubonen. (Sep.-Abdr. aus Wr. 83 № 36). Ref. folgt.

K. Koltschewski: Ein Fall primärer, syphilitischer Induration am Kinn. (Wr. 83 № 45). Ein 22jähriger Soldat erhielt beim Rasirtwerden einen kleinen Einschnitt am Kinn, worauf sich Induration des Wundbodens entwickelte und hierauf Allgemeinerscheinungen von Syphilis.

F. Tekutjew: Bericht über die Abtheilung für venerische Kranke im 1. Tiflis'schen Militair-Hospital für 1881/82. (Med. Sb. Kawk. Ob. 1883 № 37.)

S. P. Tomaschewski: Pseudo-chancres — syphilis tuberculosa; schnelle Folge der gummatösen Periode. (Fortsetzung). (Med. Westn. 83 № 41.)

Tschistjakow: Die Syphilis unter der Landbevölkerung. (Fortsetzung folgt). (West. Sud. Med. 1883. Bd. III.)

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

M. Galanin: Die wichtigsten therapeutischen Mittel in der Kinderpraxis. (Meshd. Klin. 1883. № 10)

N. Protassow: Bericht des Krankenhauses (лечебница) für Diphtheriekranke Kinder der «Gesellschaft der Fürsorge für arme und kranke Kinder». (Fortsetzung. Med. Westn. 1883. № 41.)

A. Romanow: Ueber das Impfen mit Detritus. (Wr. 1883. № 45.)

Woronow: Ueber die Verschiedenheit in der Gewichtszunahme von Brustkindern je nach ihrem geringeren oder grösseren Körpergewicht. (Med. Obosr. 1883 Sept.) Ref. folgt.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

Th. Jewezki: Atrophie der Sehnerven oder einfaches Glaukom? — (Trud. Ob. R. W. 1883. 1. Hälfte)

J. Kazaurow: 3 Fälle von Dehnung des Nervus infratrochlearis. (Wr. 83 № 44 u. 45). — Ausser der Dehnung wurde der Nerv auch durchgerissen. In allen 3 Fällen schwanden die Schmerzen, in 2 derselben hörte auch der sympathische Reiz des anderen Auges auf. Vf. zieht genannte Methode der Dehnung des Nerv. opticus vor.

M. Reich: Interessante Augenerkrankungen. (Wr. 1883 № 45 u. 46).

A. Päunow: Aus der ophthalmologischen Praxis. (Med. Sborn. Kawk. O. 1883 № 37.).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

A. Kosina und *Alexandrine Eckert:* Untersuchungen des Bluts von Gebärenden und Wöchnerinnen nach Hayem's und Nachet's Methode. Fortsetzung und Schluss. (Med. Westn. 1883 № 41 u. 42).

P. Küster: Ueber Maassregeln zur Verminderung der Puerperalfieber-Erkrankungen. (Trud. Ob. R. W. 1883. 1. Hälfte).

W. Pokrowski: Aus der geburtshülfl. Landpraxis. 7 Fälle von gewöhnlicheren geburtshülfl. Operationen, wie Anlegen der Zange, Wendung u. s. w. (Wr. Wed. 83 № 44 u. 45).

H. Rodsewitsch: Ueber den ersten Eintritt der Menses bei 44056 Frauen des europäischen Russlands. (Wr. Wed. 83 № 41).

Shiwopiszew: Zur Casuistik der Extrauterinschwangerschaft. (Med. Obosr. 1883 Oct.).

A. G. Silbermünz: Fall von Prolaps der Beckeneingeweide beim Weibe. (Med. Westn. 83 № 42).

W. Sutugin: Die prophylaktische Behandlung d. Wochenbettfiebers. (Wr. 83 № 39—44). Ref. folgt. Verf. giebt eine Darlegung des Einflusses der Antiseptik auf die Verringerung der Mortalität der Wöchnerinnen, empfiehlt den Gebrauch der Sublimatlösungen und giebt eine Vorschrift für Hebammen, wie sie die Antiseptik zu verwerthen haben. Von eigenen Beobachtungen nur die Bemerkung, dass in seiner Hospitalabtheilung von 622 Gebärenden 1,4% gestorben (darunter 0,8% an Puerperal-Pyämie).

W. Wodjägin: Zur Aetiologie des Aborts. (Trud. Ob. R. W. 1883. 1. Hälfte).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

J. Brawin: Pharmaceutischer Kalender für das Jahr 1884.

Lunin: Receptsammlung. Moskau. A. Wassiljew. 1884

Repetitionscursus der Receptur und Pharmakologie. St. Petersburg. 1884.

S. W. Lewaschow: Ueber den Einfluss der alkalischen Mittel auf die Zusammensetzung der Galle. (Jesh. Kl. Gas. 1883. № 25, ff.)

Nikanorow: Beitrag zur Pharmakologie der Lithionsalze. (Arch. Botk. Bd. VIII. 1882—83).

A. Poehl: Mittheilungen über neue Arzeneimittel. (Wr. 83 № 47). Fortsetzung folgt. Erscheint auch in der St. Petersb. med. Wochenschrift.

P. Skolotowski: Bemerkungen über Kephir u. Kuhkumyss. (Wr. 83 № 45).

Tumas: Beitrag zur Pharmakologie des Chin. hydrobromatum. (Arch. Botk. Bd. III, 1882—1883). Ref. folgt.

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

N. Hagmann: Zweiter kurzer medicinischer Bericht des orthopädischen u. gymnastischen Instituts in Moskau für 5 Jahre, v. 1. Sept. 1878 bis 1. Sept. 1883. — Moskau 1883.

M. Kamenew: Die Mineralwässer von Psekupse. — Jekaterinodar. 1883.

M. Rossbach: Grundzüge der physikalischen Heilmethoden. Th. II. Elektricität. Gymnastik. Massage. — Aus dem Deutschen übersetzt von Dr. W. u. E. Swjätlowski. — St. Petersburg 1883.

P. Ishewski: Hydro-faradische elektrische Bäder. (Meshd. Klin. 1883. № 10. ff.)

Schtargejew: Ueber gleichzeitige Anwendung von Massage und Schlammbädern. (Med. Obosr. 83 Sept.).

J. Ssetschenow: Ueber die Ausgleichung der Inductionsschläge. (Wr. 83 № 47). Ref. folgt.

Militair- und Schiffsmedicin.

L. Heydenreich: Die hervorragendsten Erfindungen und Verbesserungen im Militair-Sanitätswesen, welche in der Berliner hygienischen Ausstellung ausgestellt waren. (Wojenn. Med. Sh. 1883 September). Schluss folgt.

S. Katz: Die Grenze der Kurzsichtigkeit für den Militairdienst. (Wojenn. Med. Sh. 1883 August.) Autor empfiehlt: Myopie höher als $\frac{1}{6}$, befreit vollständig vom Militairdienst, Myopie zwischen $^1/_8$—$^1/_{18}$ behindert nicht die Annahme zum Nicht-Frontedienst. Noch schwächere Grade können zu jedem Dienst angenommen werden.

Kotz: Zum Trachom bei Rekruten. (Prot. Kawk. Ob. 1883 № 8.).

A. Lawrentjew: Die Rekruten der Abtheilung des I. Armeekorps; ihre Erkrankungen, Mortalität und Dienstbefreiung für die Jahre 1879—81, und die Hauptursachen ihres hohen Abganges. (Wojenn. Med. Sh. 1883 August).

Derselbe: Zur Frage von der Entwickelung der Augenkrankheiten in den Armeen. (Wojenn. Med. Sh. 1883 September.) Statistische Untersuchungen.

F. Nikolajew: Der Selbstmord in den europäischen Armeen. (Wojenn. Med. Sh. 1883 August). Statistische Untersuchungen über die Ursachen derselben.

M. Putjätin: Verwerthung des Zahlen-Materials der Wehrpflichtcommissionen zur Bestimmung der Diensttauglichkeit. (Wr. Wed. 1883 № 41 u. 42). Auf Grund eigener und fremder Erfahrung kommt P. zum Schluss, dass das bei der Aushebung von Rekruten vorgeschriebene Verhältniss des Brustumfanges zur Körperlänge (Brustumfang > als $\frac{1}{2}$ Körperlänge) durchaus kein zuverlässiges Kriterium für die Beurtheilung der physischen Entwickelung sei. Normal gebaute und sonst gesunde Conscribirte müssten, auch wenn ihr Brustumfang nicht ganz das geforderte Maass erreicht, als zum Militairdienst tauglich angesehen werden, falls Körpergewicht und vitale Lungencapacität dem Wuchs entsprechen.

W. S. Snigirew: Ueber die Resultate der Besichtigung und Messung von Brustumfang und Körperlänge der im Jahre 1875 zum Militairdienst Einberufenen. (Wojenn. Med. Sh. 1883 Juli, August, September).

Staatsarzneikunde.

Goschkewitsch: Schwere Schädelverletzung, bei vollständiger Euphorie des Betroffenen im Verlauf von 3 Tagen nach der Verletzung. (West. Ssud. Med. 1883. Bd. III.)

Schirwindt: Tödtung durch eine gesetzwidrige Handlung, oder Curpfuscherei? (Ibidem.)

Slonimski: Die Gesetzgebung hinsichtlich der Geisteskranken. (Westn. Psich. Mersh. 1883 pag. 131).

J. Smoljski: Die Bedeutung der Milchsecretion in gerichtlich-medicinischer Hinsicht. (Wr. Wed. 83 № 43). Ref. folgt.

Tscheremschanski: Die Unzurechnungsfähigkeit vor dem Forum der Psychiater und Juristen. Nach den Protokollen der psychiatrischen und juristischen Gesellschaften. (Westn. Psich. Mersh. 1883 pag. 161.)

Hygiene.

Kolodesnikow: Zur Kirchhofsfrage in St. Petersburg. (Westn. Ssud. Med. 1883. Bd. III). Fortsetzung.

Kusnezowa: Bestimmungen des Kohlensäuregehalts der Luft im Nikolai-Militair-Hospital vor und nach Einrichtung der künstlichen Ventilation. (Ibidem.)

A. Solotarew: Zur Desinfection der Malaria-Miasmen durch Begiessen des Bodens mit Naphtaresten. (Med. Prib. Morsk. Sb. 1883 Nov.) Da in Baku am Kaspischen Meere so reiche Mengen von Resten vorhanden sind, die beim Reinigen der Naphta nachblieben, hat man damit seit 2 Jahren regelmässige Begiessungen der Insel Aschur-Adeh, wo sich die Asterabader Marine-Station befindet, vorgenommen, und macht sich eine entschiedene Abnahme der dort so sehr herrschenden Malaria bemerkbar. Gleichzeitig hört aber auf den begossenen Regionen alles Pflanzenwachsthum auf.

Ssergejew: Die Trichinen und ihre Beziehungen zum öffentlichen Gesundheitszustand. (Westn. Ssud. Med. 1883. Bd. III.)

Ssudakow: Bedingungen zur Verbreitung von Krankheiten durch Milch. (Ibidem.)

Epidemien. Epizootien.

M. A. Issakow: Rinderpest, Lungenseuche, Schafspocken, Milzbrand, Wuthkrankheit und Rotz, wie man sich und sein Vieh vor diesen Krankheiten zu schützen und was man zu thun hat bis zur Ankunft des Thierarztes. (Kasan 1883.) Populäre Abhandlung.

Abriss der Cholera-Epidemie in Egypten im Jahre 1883. (Westn. Ssud. Med. 1883. Bd. III.)

P. Astrow: Bericht über die Diphtherie im Konstantinowschen geodätischen Institut im Verlauf von 10 Jahren. (Trud. Ob. R. W. 1883. 1. Hälfte).

A. Batmanow: Epidemie croupöser Pneumonie im 84. Infanterie-Regiment «Schirwan». (Wr. 1883 № 46). Ref. folgt.

N. Eck: Briefe aus Egypten. (Meshd. Klin. 1883. № 10.) Bericht über den Stand der Cholera.

J. Godnew: Die Febris recurrens in Kasan. (Dnewn. Kas. Ob. 1883 № 19.) Schluss. Ref. folgt.

A. Newski: Uebertragung des Typhus abdominalis. (Aus dem Gorochowezk'schen Landhospital). Die Krankheit wurde durch einen als Patient aufgenommenen Arrestanten importirt, welcher seinen Nachbar und darauf noch eine Feldscheerfrau inficirte. Es wurde desinficirt und weitere Erkrankungen blieben aus. (Wr. 1883 № 46).

Orlow: Die Epidemien im Moskau'schen Kreise v. Sept. 1882 bis dahin 1883. (Wr. Wed. 83 № 44 u. 45). Das Berichtsjahr war in Bezug auf epidemische Krankheiten ein im Ganzen günstiges. Die im Jahre vorher herrschenden Krankheiten, Dysenterie, Scharlach und Recurrens, waren im Berichtsjahre nur gering verbreitet, dagegen herrschten Masern u. Parotitis, welche beide durch die Schule eine weite Verbreitung fanden. An Parotitis erkrankten fast alle Schüler (25) einer Dorfschule.

Petrowski: Ueber Febris recurrens in St. Petersburg. (Westn. Ssud. Med. 1883. Bd. III.)

Ssachnowski: Typhöse Erkrankungen in St. Petersburg im zweiten und letzten Tertial 1882. (Ibidem.)

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

A. Dobrotworski: Sanitärer und medico-topographischer Bericht über die Seereise des Schraubenklippers «Strelok», vom 12. Sept. 1880 bis 14. Oct. 1882. (Med. Prib. Morsk. Sb. October 1883. ff.)

Galanin: Ueber Tuberculose. (Westn. Ssud. Med. 1883 Bd. III.)

M. K. Senetz: Untersuchung der Mortalitätscurve bei den Magen-Darmstörungen in Petersburg fur die Zeit vom 1. Januar 1878 bis zum 1. September 1883. (Jesh. Klin. Gaz. 1883. № 28).

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit der Bevölkerung im Juni und Juli des J. 1883. (Wojenn. Med. Sh. 1883. August u. September).

Medicinal- und Sanitätspersonal.

Nekrolog des verstorbenen Oberarztes des Kronstädter Seehospitals, Dr. *Th. Schwanck*.

Vermischtes.

Da Costa: Specielle medicinische Diagnostik. Aus der deutschen Bearbeitung von H. Engel u. K. Posner übersetzt von Dr. Friedberg. — St. Petersburg 1884. F. Pawlenkow.

Ch. Lasègue et J. Grancher: Technik der Palpation, Percussion und Auscultation. Aus d. Franz. übersetzt von A. M. Dochmann. Kasan 1883.

Afonassjew: Ueber den 56. Congress der Naturforscher und Aerzte in Freiburg. Bericht. (Wr. 1883 № 42 u. 44)

Horwath: Ueber das Verhältniss der allgemeinen Pathologie zur Physiologie. Antrittsvorlesung gehalten an der Univ. zu Kasan am 12. Sept. 1883. (Meshd. Klin. 1883. № 10).

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ. 31 Декабря 1883 года. Herausgeber Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische Medicinische Bibliographie

der

St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 2 FEBRUAR 1884

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

G. M. Herzenstein: Abriss der Geschichte der medicinischen Bildung in Russland im vorigen Jahrhundert. (Separatabdruck aus «Wratsch».)

Derselbe: Ein Blatt aus der Geschichte der medicinischen Bildung in Russland. Zur Frage der weiblichen medicinischen Curse. (Wr. № 49 1883. (Auszug aus einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit über diese Frage.)

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Monstra, Vergleichende Anatomie etc.

W. Betz: Anatomie der Oberfläche des menschlichen Gehirns. Forts. (Univ. Iswest. № 11, 1883.)

J. A. Dembo: Ueber die Centren der Uteruscontractionen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

A. N. Lebedew: Experimentelle Untersuchungen einiger, auf die Fettresorption bezüglichen Erscheinungen der französischen Akademie der Wissenschaften am 6. August 1883 mitgetheilt). (Med. Obsr. XII, 1883.)

N. D. Monastyrski: Ein Fall von situs viscerum perversus. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 34, 35). Bei Lebzeiten diagnosticirt und durch die Section bestätigt.

J. P. Pawlow: Der Nervus vagus, ein Regulator des allgemeinen Blutdrucks. (Ibidem 1883, № 31–35).

Prof. *Sawarykin:* Ueber den Mechanismus der Fettresorption im Dünndarm. (Russ. Med. 1884, № 1 u. 2.)

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

W. Zopf: Die Spaltpilze. Aus d. Deutschen übersetzt und wesentlich vervollständigt von Chr. Gobi u. P. Kostytschew. — C. Ricker u. A. Devrient. — St. Petersburg 1884.

P. Prochorow: Apparat zur Luftuntersuchung. (Vorläufige Mittheilung.) — Wr. № 3. — (Speciell zur Untersuchung der ausgeathmeten Luft. Zuerst wird das Volum bestimmt, darauf lässt man die Luft durch mit Gas resorbirenden Chemikalien gefüllte Glasröhren und -kugeln streichen und bestimmt darauf wiederum das Volumen.)

F. Schidlowski: Ueber den Wolpert'schen Apparat zur schnellen Bestimmung des CO_2-gehalts der Luft. (Vf. beweist, dass die dem Apparat beigelegte Tabelle fehlerhaft, daher völlig untauglich.) (Med. Prib. Morsk. Sb., December 1883.)

N. P. Ssimanowski: Die Anwendung der elektrischen Beleuchtung in der Laryngoskopie. (Jesh. Klin. Gaz. 1883, № 30.) Allgemeine Abhandlung über den Werth derselben nebst Besprechung zweier elektrischer Lampenapparate.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

A. Schachowskoi: Die bedingenden Ursachen individueller Verschiedenheiten der Missbildungen und Krankheiten. — St. Petersburg 1883.

A. W. Jacobson: Sarcoma keloidoforme. (Wojenn. Med. Sh., October 1883.) Ein Fall. Schilderung des mikroskopischen Befundes.

J. S. Jewsejew: Ueber den Einfluss des gutartigen Eiters auf die Pockenlymphe und über die Bedeutung der weissen Blutkörperchen im Organismus. Vorgetragen in dem VII. Naturforscher- und Aerzte-Congresse zu Odessa. (Med. Westn. № 45 bis 47, 1883.) V. diese Wochenschr. № 4, pag. 41.

K. Kossmin: Zur Frage von der Entwickelung der gummösen Geschwülste in der Leber. (Wojenn. Med. Sh. October 1883.) Schluss folgt.

M. Lukin: Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Theater des Marine-Hospitals zu Kronstadt. (Med. Prib. Morsk. Sborn., Januar.) Schluss folgt. (Sectionsbericht pro 1882. Es wurden 595 Sectionen ausgeführt, darunter eitrige Meningitis 6mal, eitrige Pleuritis 14mal, chronische Pneumonie 82mal, fibrinöse Pneumonie 58mal, Krebs der Gallenblase 1mal, Darmdiphtherie 9mal, Scorbut 16mal, Septichämie 10mal, Pyämie 3mal, Typhus exanthematicus 7mal, Febris recurrens 6mal, Abdominaltyphus 50mal, Malleus 1mal, Carbolsäurevergiftung 1mal, Schädelfracturen 6mal, Wirbelfractur 1mal, Alcoholismus 21mal, Erfrierung 4mal und Ertrunkene 20mal.)

Prof. *Metschnikow:* Untersuchungen über die mesodermalen Phagocythen einiger Wirbelthiere. (Russ. Med. 1884, № 1.) Eine vergleichend anatom. Studie über die Entzündung. Cf diese Wochenschr. № 4, pag. 41.

P. Rosenbach: Die Bedeutung der Vacuolisation in den Nervenzellen. (Vf. wendet sich gegen R. Schulz, welcher zum Schluss gekommen, dass es sich um Kunstproducte handele. Vf. hält an seiner Ansicht, dass es eine pathologische Erscheinung sei, fest.) (Wr. № 51, 1883.)

Innere Medicin.

Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Lief. 7. Uebersetzt von N. Krusenstern. — C. Ricker. — St. Petersburg 1883.

J. Jakubowitsch: Was ist das Malaria-Gift? — Eriwan 1883.

H. Weber: Handbuch der Klimatotherapie; Bd. II, Th. I, von Ziemssen's Handb. d. allgem. Therapie, aus d. Deutschen übersetzt unter d. Redaction von W. Drosdow. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

J. W. Bertenson: Zur Casuistik der Aorta-Aneurysmen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

T. Bjelawin: Fall von Darmstenose. (Wr. Wed. 83, № 47.)

J. Bloch: Elektricität bei Darmocclusion. (Wr. № 3.) Ref. folgt.

E. Brussilowski: Ein Fall sehr wahrscheinlicher Uebertragung des Flecktyphuscontagium vermittelst Kuhmilch. (Ibid. № 2.) Ref. folgt.

A. Dobrotworski: Ein Fall von exsudativer Pericarditis mit «paradoxalem» Puls. (Med. Prib. Morsk. Sb., December 1883.)

A. L. Ebermann: Anchylostoma duodenale. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

S. Karst: Die Tuberkelbacillen im Sputum in ihrer Beziehung zum Verlauf und Charakter der Lungenleiden. (Vorläufige Mittheilung.) (Wr. № 4.)

F. Kudsinowitsch: Ein Fall von Abscess des Kleinhirns. (Prot. Kawk. Ob. № 9, 1883.)

N. Lunin: Ueber die Behandlung des Diabetes insipidus. (Wr. № 51, 1883.) Ref. folgt.

D. Pokrowski: Zur Casuistik des Sumpffiebers. (Wojenn. Med. Sh., October 1883.) Ein Fall mit hochgradigen Drüsenschwellungen.

J. Maximowitsch: Ein Fall acuter Endocarditis der V. tricuspidalis, entstanden im Laufe einer chronischen parenchymatösen Nephritis. Zeichen von Insufficientia v. tricuspidalis. (Krankengeschichte nebst Sectionsbefund.) Aus dem Ujäsdow-Militärhospital. (Wr. № 52, 1883.)

Derselbe: Ein Fall acuter gelber Leberatrophie. Aus dem Ujäsdow-Militärhospital. (22jähriger Soldat. Schneller Verlauf. Keine Temperatursteigerung.) (Ibid. № 52, 1883.)

J. P. Mierzsiejewski: Ueber Alcoholismus. (Westn. Psich. Mersh.) Lief. 2.

Potapowa: Zur Casuistik der Cerebrospinal-Meningitis. (Prot. Kawk. Ob. № 10, 1883.)

S Rosanow: Ein Fall von 15tägiger Impermeabilität des Darmes. (Wr. № 2.) Ref. folgt.

N. N. Shuk: Ueber den Einfluss der Bright'schen Krankheit (interstitielle Nephritis) auf den Verlauf der Phthise. (Med. West. № 48 ff. 1883.)

Ssamoilowitsch: Ueber Einführung grösserer Dosen von Carbolsäure in den Organismus. (Prot. Kawk. Ob. № 11, 1883.)

Ssolomka: Zur Casuistik der Meningitis basilaris tuberculosa. (Ibid. № 9, 1883.)

E. Stepanow: Ueber hämorrhagische Laryngitis (Med. Obsr. 1883, XI.) Ref. folgt.

N. Wassiljew: Zur Lehre von der Wirkung heisser und kalter Handbäder. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 52, 1883.) Ref. folgt.

Chirurgie.

Th. Heydenreich: Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung nach der in Prof. Sklifassowski's Klinik üblichen Methode. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

W. A. Jacobson: Aus kriegschirurgischen Beobachtungen an der kaukasisch-türkischen Grenze im Kriege von 1877/78. Lief. 1. — Inhalt: Einleitung; Bauchwunden; Verletzungen des Schlüsselbeins und Schulterblattes; Schusswunden der oberen Extremitäten. — St. Petersburg 1884.

P. Morosow: Cursus der Feld-Chirurgie. Abth. I. Waffen und Geschosse, die im Kriege gebraucht werden und ihre zerstörende Wirkung auf die Gewebe des menschlichen Körpers. — Lief. 1. — Charkow 1883.

Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie mit Beziehung auf die Chirurgie. Lief. 6. — Uebersetzt unter d. Redact. und mit Anmerkungen versehen von A. Tauber. — C. Ricker. — St. Petersburg 1883.

A. J. Baikow: Ein Fall von totaler Exstirpation der Zunge durch die natürliche Mundöffnung. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

A. M. Faworski: Ein Fall von Tetanus traumaticus (mitis), welcher mit Genesung endete. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 31).

A. Jacobson: Ueber die mechanische Behandlung der Kehlkopfstricturen. (Wr. № 4 ff.)

A. Karmilow: Vergleichung des Werthes der verschiedenen Behandlungsmethoden von Pseudarthrosen, welche sich nach Fracturen gebildet haben. (Wojenn. Med. Sh. October 1883). Forts. folgt.

A. Mischtolt: Chirurgische Casuistik. (Med. Prib. Morsk. Sb. — Januar.) (Ein Fall von rechtseitiger eitriger Kniegelenkentzündung. Metastatische Abscesse. Heilung.)

W. N. Nikitin: Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraume. (Med. Westn. № 44 1883. Schluss). Ref. in № 2, 1884 d. Wochensch.

A. Rawa: Ueber Nervennaht. (Univ. Iswest. № 12, 1883.)

A. D. Shdanow: Necrose des Unterkiefers nach Diphtherie. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 32). Entfernung eines Sequesters aus dem Mittelstücke des Unterkiefers 2 Jahre nach vorausgegangener Rachendiphtherie.

Sinizin: Epispadiasis et Prolapsus vesicae urinariae und ihre Behandlung. (Letop. Chir. Ob. M. 1883, № 5). (Ein erfolgreich operirter Fall.)

Tschudowski: Fall von Caries ossis mastoidei. (Wr. Med. 1883, № 48).

N. A. Weljaminow: Ueber die Aetiologie der Scoliosen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

Derselbe: Fall von Pylorusresection wegen Krebs. (Ibid.)

Derselbe: Ueber die Resectionen des Ellbogengelenks. (Ibid.)

N. Zdekauer: Zur Lehre vom Tumor albus. (Ibid.)

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

N. Plissky: Ueber Kleptomanie. — St. Petersburg 1884.

E. Andruski: Ein Fall von primärer Verrücktheit mit subacutem Verlauf und Ausgang in Genesung. (Wr. Wed. 1883, № 46—48).

W. Bechterew: Ueber die Folgezustände nach Durchschneidung der Opticusfasern innerhalb der Hemisphären (in der Nähe des hinteren Theils der inneren Kapsel). — (Westn. Psich. Mersh. Lief. 2.)

S. Danillo: Kann der Occipitaltheil der Hirnrinde für den Ausgangspunct eines epileptischen Anfalls angesehen werden? (Experimentelle Untersuchungen aus dem Laboratorium des Prof. Munk). (Ibid.)

A. L. Ebermann: Ein Fall von 5 Monate langer Schlafsucht. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

S. Jaroschewski: Ueber das Verhältniss der Kniesehnenreflexe zur Hautsensibilität der Suprapatellarregion. (Wr., № 3.) Ref. folgt.

M. P. Litwinow: Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Russland. (West. Psich. Mersh. Lief. 2.)

Manjan: Ueber doppelseitige Hallucinationen verschiedenen Charakters auf beiden Seiten. (Ibid.)

J. Mierssiejewski und *A. Erlitzki:* Einseitige progressive Atrophie des Gesichts. Mit 1 Taf. Photographien. (Ibid.)

P. Rosenbach: Ueber die antiepileptische Wirkung des Kalium bromatum (Ibid.)

Derselbe: Ueber den Einfluss des Hungerns auf die Nervencentra. (Ibid.) V. diese Wochenschr. № 4. p. 43.

J. Rybalkin Ein Fall von Hysterie mit lethargischen und somnambulen Erscheinungen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

Hautkrankheiten.

N. Bogoljubow: Styrax liquidus bei Hautaffectionen. (40 Fälle. Erfolg gut, besonders bei Eczem und Scabies als Salbe mit Ol. Olivar. und Spiritus.) (Med. Prib. Morsk. Sb. December 1883).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

N. Bogoljubow: Ueber Pyrogallussäure bei phagedänischen Schankern. (Auf Grund von 10 Fällen verwirft Vf. den Gebrauch dieses Mittels, es reizt stark und verursacht Schmerzen ohne zu helfen). (Med. Prib. Morsk. Sb. Decemb. 1883).

Jgnatjew: Fall von syphilitischen Geschwüren im Dünndarme eines neugeborenen Kindes. (Med. Obsr. 1883. XI.) Ref. folgt.

M. Perfiljew: Beobachtungen bezüglich der Aetiologie und Therapie der Syphilis. (Ibidem. Januar) Schluss folgt. (Bericht über 1882 im Kalinkin-Marinehospital behandelte 484 venerische Patienten.)

A. Schadek: Zur Frage über die tardive, hereditäre Syphilis. (Syphilis hereditaria tarda.) (Med. Westn. № 47 ff. 1883.)

S. P. Tomaschewski: Die Anwendung der Elektricität bei einigen Formen venerischer und syphilitischer Erkrankungen. (Wr. № 52, 1883.) Ref. folgt.

Derselbe: Syphilis tuberculosa, schnelle Folge der gummösen Periode. (Med. Westn. № 44, 1883. Schluss.)

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

K. Dehio: Ueber die klinische Bedeutung der acut-entzündlichen subchordalen Schwellung und die Entstehung des bellenden Hustens in der Laryngitis des Kindes. (Mesbd. Klin. № 11, 1883). — Identisch mit der im Jahrb. f. Kinderheilk. XX, 1883 veröffentlichten Arbeit.

N. Protassow: Bericht des Krankenhauses für diphtheriekranke Kinder der «Gesellschaft für Versorgung armer und kranker Kinder». (Med. Westn. № 48, Schluss.)

W. Tschalowski: Ueber die Bedeutung der Impfung. (Med. Prib. Morsk. Sb. — Januar). (13 Pockenkranke auf dem Kreuzer «Kostroma», 9 der Pat. zeigten deutliche Impfnarben.)

N. P. Tscherepnin: Zur Impffrage. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

P. Wassiljew: Uebertragung des Scharlachs durch gesunde Personen. (Vf. hat es in 22 Jahren nur 1 Mal beobachtet. Die Krankheit wurde durch eine gesunde Frau aus Orel nach Kaluga gebracht, c. 1 Woche nach ihrer Ankunft erkrankten die Kinder der Familie, wo sie abgestiegen, während gleichzeitig in Kaluga kein Fall von Scharlach vorhanden gewesen). (Wr. № 51, 1883).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

J. Katzaurow: Ueber den Einfluss heisser Vollbäder und Fussbäder auf die Blutcirculation im Auge und intraoculären Druck. (Wr. № 1 u. 2). Ref. folgt.

Kessler: Tympanitis purulenta. Otitis purulenta media. (Aus der chirurg. Abtheilung des Militairhospitales in Kiew). (Ibid. № 49 u. 50, 1883). Ref. folgt.

W. Schimkewitsch: Ueber schmarotzende Larven der Pferdebremse im menschlichen Ohre. (Med. Obsr. 1883, XI.)

Schmidt: Ueber die Wirkung der Jequirity auf die Bindehaut der Lider. (Wr. № 49, ff. 1883).

A. Schtschastny: Die epidemische Augenkrankheit im Kiew'schen Militairhospital vom Januar bis zum August 1883. (Wojenn. Ssanit. D. № 45, 1883, № 1 u. 2. 1884).

A. Tepljaschin: Zur Casuistik des Einflusses des Ergotismus auf Cataractbildung. (Aus der landärztlichen Praxis.) (Med. Westn. № 45, 1883). Sechs einschlägige Beobachtungen.

Geburtshülfe, Gynäkologie.

A. Krassowski: 28 Ovariotomien ausgeführt in d. St. Petersb. Gebäranstalt in d. Jahren 1877—1881. - St. Petersburg 1883. (Sep. Abdr. aus d. med. Bericht der Anstalt).

Medicinischer Bericht der St. Petersburger Gebäranstalt für die Jahre 1877—1880. — St. Petersburg 1883.

P. Beloussow: Blutung aus den Brüsten im Zusammenhang mit der Menstruation. (Wr. № 51, 1883). Ref. folgt.

J. J. Burzew: Nephritis und Perforation der Cornea bacteriellen Ursprungs, post partum. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

J. A. Dembo: Fall von Atresia vaginae transversalis congenita. (Ibid).

N. Fenomenow: Perforation des Schädels während der Geburt. (Wr. № 1, ff.)

B. G. Janpolski: Sublimat als Desinficiens in der geburtshülflichen Praxis. (Med. Westn. № 47, 1883). Empfehlung desselben auf Grundlage von Beobachtungen des Dr. Toporow auf der Breslauer gynäkolog. Klinik von Prof. Fritsch.

J. T. Issaïn: Drei Fälle von äusserer Wendung auf die Füsse. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

Derselbe: Ein Fall von Hyperemesis gravidarum. (Ibid.)

Derselbe: Ein Fall von completer Inversion des Uterus geheilt durch Einführung eines Kolpeurynters in die Scheide. (Ibid.).

Lebedew und *Poroschnjakow:* Basch's Sphygmomanometer in seiner Anwendung zur Messung des Blutdruckes, in Verbindung mit Puls, Temperatur und Respiration, während der Geburt und in der Nachgeburtsperiode. (Russ. Med. № 1). Ref. folgt.

J. M. Lwow: Kali hypermanganicum bei Amenorrhoea. (Med. Westn. № 43, 1883). Ref. № 50. 1883.

D. Ott: Ueber die intraabdominelle Behandlung des Stieles bei Myomotomien. (Wr. № 2).

M. Pargamin: Eine aus Haaren bestehende Geschwulst im Uterus. (Ibid. № 4). Ref. folgt.

K. J. Schidlowski: Zur Frage über den Beginn der Menstruationsperiode bei den Bäuerinnen des Tschistopolschen Kreises. (Med. Westn. № 43, 1883). Beobachtung an 534 Individuen.

Prof. *Slawjanski:* Laparomyomotomia. — Amputatio uteri supravaginalis bei Fibromyoma cysticum uteri interstitiale. Heilung. (Russ. Med. 84, № 1). Ref. folgt.

N. Ssotschawa: Einfluss der Diphtherie auf die Schwangerschaft. (Wr. № 52, 1883). Ref. folgt.

W. W. Sutugin: Beschreibung der geburtshülflichen Baracke beim Roshdestwenski-Hospital, und

J. W. Tschernyschew: Bericht über die Leistungen der geburtshülflichen Baracke in den 3 Lehrjahren 1880—1883. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

W. W. Sutugin: Ueber die Methoden operativer Behandlung des Prolapsus uteri complet. Kolporrhaphia mediana. (Ibid).

Derselbe: Ueber prophylaktische Behandlung des Puerperalfiebers. (Ibid).

A. Wargunin: Kali hypermanganicum bei schmerzhafter Menstruation. (Wr. № 3). (1 Fall, 26 jähriges Mädchen, seit 4 Jahren schmerzhafte Menses; d. Wirkung 2 Mal bereits günstig).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

P. Filatow: Idiosynkrasie gegen Chinin. (Med. Obsr. 1883, XI.) Selbstbeobachtung: Auftreten von heftigen Schmerzen im Magen, welche längs der Speiseröhre in die Zungenbasis ausstrahlten und nach 10 Minuten im ganzen Körper wütheten; dabei trat Hautjucken, Formication und Uebelkeit ohne Erbrechen auf — alles nach 3 Gran Chininum sulphuricum. Ein Controlversuch mit gr. ¼ desselben Salzes rief dieselben Erscheinungen hervor, welche beide Male eine halbe Stunde dauerten.

J. Maximowitsch: Vergiftung mit Sublimat. (Aus dem Ujäsdow-Militärhospital in Warschau.) (Ein Fall. Durch Verwechselung eine Sublimatlösung getrunken. Nach 10 Stunden pulslos, 2 Stunden darauf Tod. Bei der Section fand man eine Gastroenteritis toxica mit Ulceration im Darm.) (Wr. № 50, 1883.)

N. Newodnitschanski: Zur Frage über Chininsurrogate. (Med. Westn. № 46, 1883.) Prioritätspolemik gegen Seeland (cf. Med. Westn. № 42), da Autor schon in den fünfziger Jahren die Anwendung des Ol. terebinth. kannte.

P. Prochorow: Ueber die Giftigkeit einiger Neunaugen. (Wr. № 4.) Ref. folgt.

N. P. Wassiljew: Vom Einfluss des Ceriums auf den thierischen Organismus. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 32, 33.) Schluss folgt.

Militair- und Schiffsmedicin.

G. M. Herzenstein: Kurze Skizzen aus der Geschichte der Entwickelung des Militär-Sanitätswesens in Russland. (Wojenn. Ssanit. D. 1883).

Jaroschewski: Einige Worte über die Rolle der Militärärzte in der Armee. (Ibidem № 47—50, 1883.) Polemik gegen das herrschende System des Dualismus in Administration und Hygiene.

D. Nikolski: Die neu erlassenen ergänzenden Bestimmungen vom 16. Oct. d. J. zu der Instruction für die Militärpflicht-Behörden. (Ibidem № 49, 50, 1883.)

N. W.: Ueber den Sanitätsdienst in der Campagne von 1877—78. (Ibidem № 3.)

M. Perwuschin: Die Revaccination der Rekruten. (Wr. № 1. Ref. folgt.

Ssudakow: Ueber den Gesundheitszustand der zum Militärdienst Einberufenen in Russland, Oesterreich u. Deutschland. (Wojenn. Sanit. D. № 47 u. 48, 1883.) Vergleichend-statistische Zusammenstellung.

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

J. W. Bertenson: Vorsätzlicher Mord (Vatermord); Brandstiftung, um die Spuren des Verbrechens zu vernichten. — Unter dieser Anklage stand ein junger Mann, nachdem der Leichnam des Vaters halb zerstört durch die Feuersbrunst unter den Trümmern des Hauses aufgefunden worden. Das erste ärztliche Gutachten bestätigte diesen Verdacht vollkommen; das Superarbitrium dagegen weist schlagend nach, dass sowohl die Expertise sehr oberflächlich angestellt, als auch die Schlussfolgerungen leichtfertig gezogen seien, mithin gar kein Grund zur Annahme gewaltsamen Todes durch fremde Hand vorliege. Der Process endete mit Freisprechung des Angeklagten. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

Jatros: Ueber den gegenwärtigen Stand der Apotheken-Frage und die Nothwendigkeit ihrer Reform. (Wojenn. Ssanit. D. № 45—50, 1883.)

Milotworski: Casuistische Mittheilungen aus der gerichtlich-med. Praxis. Drei Fälle von Kopfverletzungen. (Wr. Wed. 1883, № 46.)

C. Schroeder: Zur Aufdeckung von Simulation einseitiger Blindheit. (Wojenn. Ssanit. D. № 1, 2.)

A. D. Shdanow: Zwei Fälle von Simulation. Verkrümmung der Wirbelsäule nach vorn. Kyphosis simulata. (Med. Westn. № 43, 1883.) — Entlarvung durch Horizontallage der Simulanten.

D. Ssakowitsch: Ein Fall von hartnäckiger Simulation. (Wojenn. Ssanit. D. № 49, 50, 1883.)

J. N. Traugott: Ein ungewöhnlicher Todesfall. Ein 20jähriges Mädchen wird am Morgen todt im Bett gefunden. Sie hatte die Gewohnheit, auf dem Bauche liegend zu schlafen, das Gesicht in die Hände gelegt und den Kopf tief in die Kissen vergraben. T. meinte, eine Ohnmacht im Schlafe habe bei dieser Körperstellung den Tod verursacht. Die Section sprach für diese Diagnose; sie ergab: Tod durch Asphyxie, Dilatation des Herzens mit Verdünnung der Wandungen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883.)

Hygiene.

P. Fridolin: Ueber den Einfluss der Gefängnisshaft auf die Gesundheit der Arrestanten. (Wr. № 49, 1883, ff.) Ref. № 3. d. Wsch.

A. Pöhl: Chemische und bacterioskopische Untersuchungen in Rücksicht auf die Wasserversorgung Petersburgs. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1883).

J. A. Ssikorski: Die Aufgaben der Hygiene bei der Erziehung im ersten Kindesalter. (Westn. Psich. Mersh. Lief. 2.)

Versuche mit den Fleischconserven (Carne pura). V. diese Wochenschr. № 4. p. 42. (Med. Prib. Morsk. Sb. Decemb. 1883).

Epidemien (Endemien). Epizootien.

Tschaschnizki: Diphtherie-Epidemie in der Stadt Tscherdyn und im Kreise 1879 u. 1880. (Wr. Wed. 1883. № 48).

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

D. Krajewitsch; Material zur medicinisch-statistischen Kenntniss des Gouvernement Simbirsk. — Simbirsk 1883.

F. Nikolajew: Alcoholismus in St. Petersburg. (Wr. № 1), Ref. folgt.

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit der Bevölkerung von St. Petersburg im August-Monat des Jahres 1883. (Wojenn. Med. Sb. October 1883).

Medicinal- und Sanitätspersonal.

Jatros: Die Feldscherer und das Feldschererthum. (Wojenn. Ssanit. D. № 1, ff.)

Vermischtes.

Babajew: Einige Fragen in Bezug auf das fernere Schicksal der Abastumanschen Mineralquellen und Abastumans. (Prot. Kawk. Ob. № 10. 1883).

W. Bechterew: Experimentelle Studien über den Ausdruck von Gemüthsbewegungen bei Thieren. Vorläufige Mittheilung aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierziejewski. (Wr. № 1).

J. P. Pawlow: Zur Methode des Harnauffangens. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 30). Autor hat an zwei Hunden mit Erfolg eine Harnblasenfistel zwischen den geraden Bauchmuskeln angelegt, durch welche er Canülen in die Ausmündungen der Harnleiter einführte. Auf diese Weise ist eine viel genauere quantitative und qualitative Controle der Harnausscheidung ermöglicht, als durch Einführen eines Catheters in die Harnblase.

Berichtigungen: Im Verzeichniss der Abkürzungen in № 1 der russ. med. Bibliographie sind einige Titel russischer Zeitschriften in der deutschen Uebersetzung nicht wörtlich genau wiedergegeben worden. So muss es statt «Medicinische Zeitschrift» (Sp. 1. Z. 19.) heissen: «Medicinischer Bote», und statt «Militair-Hygiene» (Sp. 2. Z. 23) «Militair-Sanitätswesen». — Ferner ist statt Skolotowski (pag. 3, Sp. 2, Z. 1.) Sklotowski zu lesen.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4 Февраля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 3 MÄRZ **1884**

Ergänzung zum Verzeichniss der Abkürzungen.

Prot. Dünab. Ob. — Protokoly sassedanij Dünaburgskawo medicinskawo obschtschestwa (Sitzungsprotokolle der Dünaburger medicinischen Gesellschaft).

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

F. W. Treskin: Historischer Ueberblick über die verschiedenen unblutigen Methoden der Entfernung von Harnblasensteinen bis zur Entdeckung der Lithothripsie. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 36, 37).

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, etc.

J. Grammatikati: Materialien zur Lehre vom Stoffwechsel in den ersten Tagen des Wochenbettes. — Inaug.-Diss. — St. Petersburg. 1883.

J. Ssetschenow: Physiologische Skizzen. Mit 13 Abbildungen. — N. P. Karbassnikow. — St. Petersburg 1884.

W. Bechterew: Ueber den Verlauf der pupillenverengernden Fasern. (West. Psich. Mersh 1884, № 1).

Derselbe: Ueber den Zusammenhang der sog. peripherischen Gleichgewichtsorgane mit dem Kleinhirn. (Russ. Med. № 3—5).

Fortunatow: Uebersicht der russischen Arbeiten in der Anatomie für 1883. (Med. Obsr.). Ref. folgt.

Lebedew: Ueber Aufsaugung der Fette. (Med. Obsr. 1883. XII). Ref. folgt.

Metschnikow: Untersuchungen über die intracellulare Verdauung bei wirbellosen Thieren. (Russ. Med. № 3—6).

P. Pokrowski: Angeborene Hernie des Zwerchfells. (Russ. Med. № 1). Ein Fall.

W. Senenko: Ueber abnorme Lage eines Testikels. (Ectopia testiculi). (Wr. № 7 u. 8). Ref. folgt.

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

W. K. Wyssokowitsch: Zur Aetiologie des Milzbrandes. — Charkow 1883.

Derselbe: Die Bacterien des Milzbrandes und einiger septischer Krankheiten. (Sep.-Abdr. a. d. «Arbeiten der medicin. Section der Gesellschaft der Experimental-Wissenschaften bei der Charkow'schen Universität». 1883).

N. A. Bubnow: Ueber den Einfluss des Eisenoxydhydrats und der Salze des Eisenoxyduls auf die künstliche Magenverdauung und auf den Fäulnissprocess in Gegenwart der Pankreasdrüse. (Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium in Strassburg). (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 39 und 1884, № 1 u. ff.).

J. Popow: Tuberkelbacillen und ihr Verhalten bei Einwirkung von schwefliger Säure. (Med. Prib Morsk. Sb. Februar).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

J. M. Lwow: Zur Lehre von der Aetiologie der Neubildungen. Kasan 1884.

G. Denissenko: Zur Frage von der Entstehung der Albuminurie. (Versuch einer Theorie der Albuminurie). (Wojenn. Med. Sh. November 1883).

Innere Medicin.

Dujardin-Beaumetz: Vorlesungen über klinische Therapie, gesammelt von E. Carpentier-Mericourt, übersetzt von M. Petrunkewitsch. Bd. II. Lief. 1. Therapie der Leber- u. Nierenkrankheiten. — Twer 1884.

Aristow: Ein Fall von acuter Miliar-Tuberculose durch Erweichung eines alten käsigen Herdes. (Prot. Kawk. Ob. № 12. 1883/4).

A. Beljsow: Die Anwendung und Bedeutung des Endoskops in der Therapie der Leberechinokokken. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 38). Mittheilung eines Falles von eröffnetem und drainirtem kolossalem Leberechinokokkus, bei welchem Dr. Grünfeld durch die Fingerweite Oeffnung mit Erfolg das Endoskop zur Controle des Granulationsprocesses angewandt hat.

S. P. Botkin: Ueber den Typhus abdominalis. Aus den klinischen Vorträgen nachgeschrieben vom Ordinator W. N. Sirotinin. (Jesh. Kl. Gas. 1884, № 1).

E. Brandt: Zusammenleben zweier Bothriocephali lati und einer Taenia solium. (Russ. Med. № 1). Durch Extract. fl. mar. wurden alle drei vollständig mit dem Kopf abgetrieben; sie maassen zusammen 30 Arschin (über 21 Meter).

A. J. Dmitriew: Die eitrige Leberentzündung. Hepatitis suppurativa. (Med. Westn. 1883, № 49 u. 51). Drei Fälle dieser Krankheit ausführlich beschrieben.

W. M. Iwanow: Ein Fall von Febris recurrens, begleitet von Symptomen einer Herderkrankung des Gehirns. (Ein Beitrag zur Frage vom circumscripten Gehirnödem). (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 37). Ref. folgt.

O. Korshenewski: Ueber Diphtherie. (Med. Prib. Morsk. Sb. Februar). (1 Fall nebst Sectionsbefund. 2 Wochen nach überstandener Diphtherie traten bei einem 5 jährigen Knaben Paralyse des weichen Gaumens und der Extremitäten ein, ferner vergrösserte Leber, Herzschwäche und Embolien in den Lungen. Unklarer Fall).

Nikolski: Jodoform als Anthelminthicum. (Russ. Med. № 1). Ref. folgt.

P. F. Semenow: Ein schwerer Fall von Diphtherie. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 39). Siebenjähriges Mädchen, Tracheotomie. Vollständige Genesung nach 65 Tagen.

N. N. Shuk: Ueber den Einfluss der Bright'schen Krankheit (interstitielle Nephritis) auf den Verlauf der Phthise. (Med. Westn. 1883, № 49). Schluss. Zwei Fälle, die einen hemmenden Einfluss auf die Entwickelung der Phthise — «die ursprüngliche Krankheit (Phthise) gleichsam verdrängt worden durch die in der Folge aufgetretene Bright'sche Krankheit» — beweisen sollen.

P. W. Smirnow: Echinokokkus unilocularis der Leber mit Icterus. Tod an Cholaemie. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 39).

S. L. Tyminski: Fall von Pylephlebitis suppurativa. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83). Unklarer Fall mit sehr zweifelhafter Diagnose, ohne Section.

Derselbe: Fall von Insufficientia valv. mitral. cum Embolia art. fossae Sylvii sin. (Ibid.)

Derselbe: Fall von Aneurysma der Aorta descendens. (Ibid) Symptome, Resultate der physikalischen Untersuchung, Exitus letalis, plötzlich eintretend; leider aber keine Section, wenigstens kein Sectionsbericht.

Derselbe: Fall von Encephalitis apoplectica. (Ibid).

Winogradow: Ein Fall von Insufficientia vv. semilunarium aortae et stenosis ostii venosi sinistri, der im Leben schwer zu diagnostiren war. (Russ. Med. № 3).

Chirurgie.

Fr. König's Handbuch der allgemeinen Chirurgie übersetzt von Dr. D. G. Friedberg. Abth. I. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

Golowatschow: Zur Frage über den hohen Steinschnitt. (Med. Obsr. 1884, № 1). Ref. folgt.

W. J. Kusmin: Zur Pathologie der traumatischen Verletzungen des Central-Nerven-Systems. (Letop. Chir. Ob. M. 1883, № 5. ff.).

J. Lewizki: Zur Casuistik der Behandlung eitriger Pleuritiden durch den Einschnitt. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 37). Sieben Fälle von Empyemoperation aus dem Militairhospital der Festung Neu-Georgiewsk, von denen vier einen tödtlichen Ausgang nahmen, drei mit Genesung endeten.

S. W. Possadski: Ein Fall von Fistula ileo-vesicalis (Jesh. Kl. Gas. 1884, № 1). Tod 9 Tage nach der Erkrankung. Section zeigt einen $1\frac{1}{2}$ Cm. langen Fistelgang zwischen Ileum und Harnblase.

Putilow: Zwirn aus Rennthiersehnen als Ligaturmaterial. (Russ. Med. № 5). P. giebt den Rennthiersehnen, welche er mit Aether und Carbolsäure in gewöhnlicher Weise präparirte, wegen ihrer Festigkeit und Billigkeit den Vorzug vor Catgut.

Snamenski: Ueber theilweise Resection der Blase. (Med. Obsr. 1884, II.) Ref. folgt.

A. N. Ssolowjew: Ein Atherom zwischen Rectum und Beckenwand und seine operative Entfernung. (Letop. Chir. Ob. M. 1883, № 6).

G. Ssapiro: Ueber frühzeitiger Entleerung seröser pleuritischer Exsudate. (Experimentelle Untersuchung). (Wr. № 6 u. 7). Ref. folgt.

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Jac. Botkin: Ueber Zwangsvorstellungen. (Med. Obosr. 1). Ref. folgt.

M. Buch: «Neurose» in Folge von Anstrengung. (Wr. № 7). (B. fand bei einem General, der viel zu Fuss ging, quälende Schmerzen in den Muskeln. Als Ursache sieht B. einen Clavus auf der Fusssohle an, welcher Pat. zwang, derartig aufzutreten, dass die genannten Muskeln besonders angespannt wurden).

S. Danillo: Ueber Epilepsie. Probevorlesung als Privatdocent. (Wr. № 5 und 6).

G. Koschinski: Ein Fall von multipler Neuritis. (Russ. Med. № 1). Ref. folgt.

Lion: Uebersicht der russischen neurologischen Literatur für 1883. (Med. Obsr. 1. ff.). Ref. folgt.

A. Osereskowski: Zur Lehre von der multiplen Neuritis. (Wr. № 7).

S. J. Tschirjew: Paresis et contracturae extremitatum ex imaginatione. (Med. Westn. № 1, 2). Schluss. Ein genau beobachteter Fall.

S. L. Tyminski: Fall von Arythmia cordis nervosa. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83).

Derselbe: Fall von Paralysis n. facialis ustriusque. (Ibid.).

Derselbe: Ein Fall von Hystero-Epilepsie. (Ibid.). Pat. erkrankt unmittelbar nachdem sie eine Gabe von Chinin. gr. V genommen mit mehrmaligem Erbrechen bitterer Flüssigkeit. Darnach Verengerung der Pupillen, grosse Unruhe, Krämpfe, Opisthotonus. Verdacht auf zufällige Vergiftung mit einem bitteren Alkaloid, anfänglich gehegt, wird fallen gelassen, da nach Verlauf einer Stunde trotz der grossen Gabe des supponirten Giftes keine weiteren gefahrdrohenden Erscheinungen eingetreten; die Diagnose wird auf Hystero-Epilepsie gestellt und ein kräftiger, auf die Ovarialgegend ausgeübter Druck bringt sämmtliche Erscheinungen sofort zum Schwinden.

P. Uspenski: Ueber Neurosen. (Russ. Med. № 4). Eine Vorlesung.

Hautkrankheiten.

Hebra u. *Kaposi*'s Handbuch der Hautkrankheiten übersetzt unter d. Redact. von Prof. A. Polotebnow. Bd. II, Lief. 2. — St. Petersburg 1883.

N. M. Nikotin: Ein Fall von «Variola nigra». (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 36). Ein zwölfjähriger Knabe wurde im Februar 1883 im St. Petersburger städtischen Alexander-Baracken-Hospital mit Variola haemorrhagica aufgenommen und starb am 6. Tage nach der Erkrankung unter den Erscheinungen der Herzparalyse.

E. A. Pastor: Zur Casuistik der Hautaffectionen beim Scharlach. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 39). Ein Fall von heftigem Scharlach mit Ausbruch eines grossblasigen, dem Pemphigus ähnlichen Exanthems in der 2. Krankheitswoche und letalem septico-pyämischem Ausgange.

Venerische Krankheiten. Prostitution.

W. Kasanski: Ein Fall von Parese der unteren Extremitäten, sowie der Sphincteren der Harnblase und des Rectums auf syphilitischer Grundlage. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 38). Die Diagnose wurde auf syphilitische Periostitis der Lendenwirbelsäule gestellt.

L. J. Krohm: Die Prostitution in Dünaburg. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83). Ein Beitrag mehr zum Beweise der grossen Gemeingefährlichkeit der heimlichen Prostitution. Während von 66 in geduldeten Hänsern lebenden und gut beaufsichtigten Prostituirten in einem Monat nur 8 venerisch erkrankten, so gehörte mehr als ⅓ sämmtlicher in derselben Zeit erkrankter Untermilitärs zur Gruppe der Venerischen, nämlich 44, wobei die Civilisten ganz unberücksichtigt geblieben, da genauere Daten über sie fehlen.

Laschkewitsch: Ueber Syphilis hereditaria tarda. (Russ. Med. № 6) Aus Anlass eines Artikels von Dr. Schadek im «Medizinski Westnik».

Lissowski: Die Behandlung der Syphilis im Dünaburger Militärhospital, 1882. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83. 1). Ref. folgt.

J. Majew: Seltene Form einer gummösen Infiltration im Unterhautzellgewebe. (Russ. Med. № 4).

N. *D. Monastyrski:* Casuistisches Material zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen der Gelenke. (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 38). Fünf vom Autor beobachtete Fälle.

A. Orlow: 1 Fall schnell verlaufener Syphilis. Tod in Folge von Thrombose der Art. basilaris. (Med. Prib. Morsk. Sb., Februar).

A. Schadek: Zur Frage über die tardive, hereditäre Syphilis (Syphilis hereditaria tarda). (Med. Westn. № 49, 50). Schluss. Die Existenz dieser wird nach Analyse der bisher bekannten Fälle als «nichtbewiesen» negirt.

A. D. Shdanow: Ein Fall von schwieriger Reposition einer Paraphimosis (vermittelst einer comprimirenden Leinwandbinde). (Jesh. Kl. Gas. 1883, № 38). Nach Misslingen der gewöhnlichen Repositionsversuche gelang die Reposition dem Autor in einem Falle am 3. Tage des Bestehens einer Paraphimose vermittelst eines von ihm in der Kl. Gas. (1882, № 25) beschriebenen Verbandes.

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

Filatow: Ueber die Diagnose des Anfangsstadiums von fieberhaften Krankheiten bei Kindern. I. Ueber d. Diagnose fieberhafter Krankheiten überhaupt. (Med. Obsr. 1). Ref. folgt.

E. Pokrowski: Das Baden und Taufen der Kinder in kaltem Wasser. (Russ. Med. № 2 und 3). Autor verwirft die Anwendung des kalten Wassers bei Kindern bis zu dem Alter, in welchem sie hinreichend erstarkt sind, um den Kampt mit der Kälte aufzunehmen.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

Alexejew: Ueber künstlich hervorgebrachte traumatische Cataracte. (Prot. Kawk. Ob. № 12, 1883/84).

S. J. Fialkowski: Die Bedeutung des Jodoforms in der Augenheilkunde. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83).

D. Kessler: Zur Therapie der Erkrankungen des äusseren Gehörganges. (Wr. № 6). (5 kurze Krankengeschichten. Behandlung mit heissem Wasserdampf, über welchen das erkrankte Ohr am ersten Tage ½stündlich 10—15 Minuten lang gehalten wird, am folgenden Tage 3—4 Mal. Die Wirkung prompt).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

J. A. Dembo: Fall von transversaler Verwachsung der Vagina. (Atresia vaginae transversalis congenita). (Med. Westn. № 2).

M. Ispalatowskaja: Perimetritis dissecans post partum. Nekrosis uteri. (Aus der geburtshülfl. Klinik des Prof. Slawjanski). (Wr. № 6).

J. M. Lwow: Millefolium — ein Mittel gegen Fluor albus (Med. Westn. № 1). Ref. folgt.

Muratow: Fall excessiver Blutung in Folge von Scarification der Vaginalportion. (Med. Obsr. II).

Slawjanski: 27 Laparotomien. (Russ. Med. № 6 und 7). Ref. folgt.

Ssolowjew: Fall von Heilung einer an Dysmenorrhoea membranacea leidenden Kranken durch Faradisation (Med. Obsr. II). Ref. folgt.

B. Wilbuschewitsch: Onanie, als Ursache von Vaginismus bei einer 22jährigen Frau. (Med. Westn. 1883, № 50).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

W. F. Jakubowitsch: Zur Lehre von den klinischen Symptomen der Duboisinvergiftung bei Kindern. (Med. Westn. № 1, 2. ff.).

W. G. Janpolski: Fall von Chloralhydratvergiftung. (Med. Westn. 1883, № 49).

S. J. Fialkowski: Fall von Atropin-Eczem. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83). Nach Atropineinträufelung in einem Falle von Trachom tritt Eczem auf, welches sich von den Augenlidern aus über Stirn und Wangen bis auf den Hals ausbreitet, nach Aussetzen des Mittels bald schwindet, und als dasselbe versuchsweise nochmals angewandt wurde, sofort wieder erscheint.

S. A. Popow: Der Einflusss des Paraldehyds auf den thierischen Organismus. (Med. Obsr. 1). Ref. folgt.

N. Ssudeikin: Das Chinolinum tartar. und seine therapeutische Bedeutung. (Russ. Med. № 2). Ref. folgt.

Balneologie, Elektrotherapie etc.

D. Skolosubow: Handbuch der Elektrotherapie. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. — A. L. Wassiljew. — Moskau 1884.

J. Bunin: Notizen über die Mineralwässer von Dshalolabad-Ajub. (Wojenn. Med. Sb. November 1883).

Gatschkowski: Zur Casuistik der allgemeinen Faradisation. (Russ. Med. № 2 und 5). G. führt einen Fall von anhaltenden Gesichtsschmerzen und 2 Fälle von allg. Schwäche in der Reconvalescenz nach Typhus abd. an, in welchen er durch Anwendung allg. Faradisation ausgezeichnete Erfolge erzielte.

Militair- und Schiffsmedicin.

D. B.: Die hauptsächliche Ursache des Trachom bei Soldaten. (Wojenn. Sanit. D. № 6. ff.).

Derselbe: Bemerkungen eines Armeearztes. (Ibidem № 7). Schluss.

Dr. Jatros (M. Steinberg): Ein wunderbarer Widerspruch. (Ibidem № 7. ff.).

E. Idelson: Die venerischen Krankheiten beim Militär in der Stadt Kasan pro 1880—82. (Dnewn. Kas. Ob. 1883, № 23). (Von c. 8000 Mann kommen jährlich c. 1000 mit venerischen Leiden ins Hospital; während der Lagerzeit nimmt die Zahl der venerischen Kranken ab. Der Durchschnittsaufenthalt im Hospital betrug 1880 — 27 Tage, 1881 — 31 Tage und 1882 29 Tage. In diesen 3 Jahren haben die venerischen Kranken der Stadt Kasan dem Kriegsministerium — c. 55,809 Rbl. gekostet. Auf je 2 Unverheirathete kam 1 Verheiratheter unter den Patienten. Vf. klagt über die mangelhafte Beaufsichtigung der Prostituirten).

P. Ilinski: Die Militärmedicin auf der VII. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Odessa. (Wojenn. Med. Sb. November 1883).

D. Rjäbtschewski: Bemerkungen zur Kritik Dr. Reich's über den «Bericht über den sanitären Zustand der Rekruten von der Aushebung des Jahres 1882.» (Wojenn. Ssanit. D. № 7).

A. Sandrock: Ueber Militär-Heilanstalten. (Ibidem № 4 und 5).

N. W.: Bemerkungen über den Sanitätsdienst im Feldzuge von 1877/78. (Wojenn. Ssanit. D. № 7). Schluss.

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

Schilling's: Verbrechen und Geistesstörung vor Gericht, übersetzt von M. Zimmermann. — St. Petersburg 1884.

Kianisin: Zur gerichtlich-chemischen Untersuchung auf Alkaloïde. (West. Sud. Med. IV. 1883).

Skworzow: Aus Anlass des Projects eines Sanitätsstatuts und des Projects der Sanitäts-Organisation in Russland. (Russ. Med. № 2—4).

Hygiene.

M. Antonow: Die Einrichtung von Desinfections-Kammern und -Apparaten zur Unschädlichmachung inficirter Gegenstände. — St. Petersburg 1883.

S. L. Hunt: Die Lehre von der Desinfection mit der Lehre von den niederen Organismen nach ihrem gegenwärtigen Stande. — Inaug.-Diss. — St. Petersburg. 1884.

E. Bary: Ueber Delirium tremens in St. Petersburg, auf Grundlage 30jähriger Erfahrung im Marien-Magdalenenhospital. (Wr. № 5). Ref. folgt.

Skworzow: Material zur Hygiene in Russland. Hygienischer Bericht über eine Reise an der Wolga, Kama und im Ural. (West. Sud. Med. IV. 1883).

Smolenski: Allgemeine deutsche Ausstellung für Hygiene und Rettung Verunglückter in Berlin. (West. Sud. Med. IV. 1883).

Subbotin: Die selbstreinigende Eigenschaft der Flüsse. (Russ. Med. № 6).

N. W.: Ueber Desinfection der Kleider und der Wäsche — durch Dampf. (Med. West. № 1 u. 2). (Verf. beschreibt die erste praktische im Grossen durchgeführte Verwerthung der Koch'schen Resultate über Dampfinfection, nämlich die im Stadt-Barackenkrankenhause zu St. Petersburg eingerichtete Dampfkammer zur Desinfection der Kleider und der Wäsche).

Epidemien. Epizootien. Infection durch Thiergifte.

N. E. Lertzer: Fall von Pustula maligna. (Prot. Dünab. Ob. 1882/83). Pustel am Kinn, Kreuzschnitt, Aetzung mit Ac. nitric. fum., wiederholt am nächsten Tage; Genesung.

N. Schtschepotjew: Material zur Erforschung des Astrachan'schen Fiebers. (Dnewn. Kas. Ob. 1883, № 22). Ref. folgt.

E. W. Swjatlowski: Zur Frage über Aetiologie und Prophylaxe der sibirischen Pest beim Menschen. (Aus der Landpraxis). (Med. Westn. 1883, № 51 u. 52). Schluss.

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

A. M. Butlerow: Der Antimaterialismus in der Wissenschaft. — St. Petersburg 1884.

P. O. Smolenski: Die Registrirung der Geburten, Ehen und Todesfälle in Berlin, Dresden, Brüssel, London und Paris, der Pockenimpfung in London und der Morbilität in Paris. — St. Petersburg 1884.

Mechmandarow: Auszug aus dem medicinisch-statistischen Bericht aus dem Kobeljak'schen Kreise im Gouvernement Poltawa. (West. Sud. Med. IV. 1883).

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilung über die Sterblichkeit der Bevölkerung von St. Petersburg im September-Monat des Jahres 1883. (Wojenn. Med. Sb. November 1883).

Medicinal- und Sanitätspersonal.

Jatros: Die Feldscherer und das Feldschererthum. (Wojenn. Ssanit. D., № 5). Schluss.

Vermischtes.

Protokolle des VII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte in Odessa vom 18.—28. Aug. 1883. — Odessa 1883.

M. Scherr: Homöopathie und Charlatanerie in der Medicin. Enthüllungen. — St. Petersburg 1884.

Vorlesungen zeitgenössischer deutscher Kliniker, herausgegeb. unter d. Redact. von J. Goldendach. Neue Folge, Heft 1. — A. L. Wassiljew. — Moskau 1884.

Mittheilungen aus den Verhandlungen med. Vereine: der Ges. russ. Aerzte in St. Petersb., des allg. Vereins deutscher Aerzte, der Ges. Warschauer Aerzte, der Ges. Jekaterinoslawsch. Aerzte, d. Ges. Kiewsch. Aerzte, d. Ges. Odessaer Aerzte, d. Ges. d. Marineärzte in Kronstadt. (Russ. Med. № 1—4, 6).

Perfiljew: VII. Congress russ. Naturforscher und Aerzte in Odessa. (Meshd. Klin. № 1.).

K. Schidlowski: Zur Charakteristik der Ansichten des Volks über Aetiologie, Wesen und Therapie der Krankheiten. (Beobachtungen eines Landarztes). (Med. Westn. 1883, № 51, 52. 1884, 1, 2 ff.)

Warme Mineral-, Schlamm- und Soolbäder, Fichtennadel-, Eisen- und kalte Seebäder. **Mineralwässer** (Trinkhalle). Geschützte Lage, milde, stärkende Seeluft. Cursaal, Promenaden, Jardin publique und Schlosspark.

Schlammbäder
HAPSALS.
Saison:
von Mitte Mai bis Ende August.

Musik, Bälle, Bibliothek, Telegraph. Wohnungen zu jedem Preise. Hotels, Chambres garnies, Speisehäuser. Lebensmittel billig. Die Musiksteuer ist convertirt in Quartiersteuer.

Seit 64 Jahren hat sich der im Ueberfluss hier vorhandene Schlamm bewährt bei: Skropheln (Caries), Geschwüre, Exsudatreste, Rheuma, Gicht, Mercurialleiden, Syphilis, Catarrhe, Leber- und Milzanschwellungen, Sexualleiden, Bleichsucht, allen Schwächezuständen, Nervenleiden etc. Verboten ist er bei Schwindsucht, Blutungen und Geisteskrankheit. Communicationen: direct per Dampfer an die Hafenbrücke, auch über Baltischport und per Bahn über Kegel. Der Quartiere wegen schreibe man an die Aerzte Dr. Hunnius, Abels, Hoffmann, Haudelin, Linse oder an die 39 (5) **Badecommission in Hapsal.**

KRIMSCHE WEINHANDLUNG
unter der Firma
„ORIANDO“
№ 14. Kleine Morskaja St. Petersburg. № 14.

In unserer Zeit hat die Wissenschaft schon lange die Verfälschungen entdeckt, denen der Wein unterworfen ist, bevor er in die Hände der Käufer gelangt, und auf den daraus entstehenden Schaden hingewiesen.

Aus einem der Gesundheit zuträglichen Geträuk, ist der Wein Gift geworden. Durch den zunehmenden Weinconsum vergrössern sich Mittel und Ausdehnung der Verfälschungen.

Unlängst erschien in den Pariser spec. medic. Organen ein Bericht über eine Qualitätsanalyse, die im Laboratorium bei der Pariser Präfectur an 133 Sorten Wein vollzogen worden waren; es erwies sich, dass nur *drei* Sorten kein Fuksine, oder andere schädliche Beimischungen enthielten. Aus dem Obenerwähnten ergiebt sich, dass man natürlichen Weinen den Vorzug geben muss, d. h. Weinen ohne Beimischung, wie unsere Weine aus der südlichen Krim es sind.

Der Hauptvorzug der französischen Weine, der bei den übrigen Weinen nicht vorkommt, liegt in der Beständigkeit des Geschmacks ein und derselben Sorten; diese Eigenschaft hat zur Folge, dass der Consument sich so sehr an einen bestimmten Wein gewöhnt, dass alle übrigen Weine ihm nicht mehr nach dem Sinn sind, während Jeder weiss, dass so eine Gleichheit des Geschmacks in Wirklichkeit nicht existirt, dass der Geschmack des Weines von ein und demselben Weinstock sich sichtlich verändert, je nach dem Boden, nach der Lage des Weingartens in Bezug auf die Sonne und sogar von dem Ausfall der Ernte dieses oder jenen Jahres abhängt. Folglich wird dieser gleichartige Geschmack erhalten und ist immer erhalten worden durch Verfälschung des Weines, vermittelst mehr oder weniger schädlicher Beimischungen, von denen einige sogar nach französichen Gesetzen erlaubt sind.

Die Fabrikation dieser Beimischungen, seit der Zeit, dass in Frankreich Filokcero aufkam, hat eine kolossale Ausdehnung angenommen. Der Platz für die Weingärten, welcher im Jahr 1875 eine Ausdehnung von 2 Mill. 300,000 Hektaren einnahm, und 83 Mill. Hektoliter Wein hervorbrachte, hat sich jetzt zu einer Mill. Hektaren verringert, der jährlich jetzt nur 43 Mill. Hektoliter Wein giebt. Die Nothwendigkeit und der Wunsch solch einen Ausfall in der Weinerzeugung zu ersetzen, führten die Weinfabrikanten dahin ein Mittel zu suchen aus den eingeführten Rosinen und Korinthen Wein zu erhalten. Im Jahre 1879, zehn Monate nach Anfang dieser Fälschung, kamen schon 3 Mill. Hektoliter, gewonnen aus 100 Mill. eingeführter Rosinen zum Verkauf.

Bei einer solchen Sachlage wird es dem geehrten Publikum angenehm sein sich zu überzeugen, dass es eine Möglichkeit giebt immer unverfälschte, reine natürliche Weine zu erhalten, welche den Herren Käufer unser Keller empfiehlt. Als Beweis der guten Eigenschaften unserer Weine kann diese Thatsache dienen, dass fast alle hiesigen Hospitäler nach chemischer Untersuchung zum Gebrauch für die Kranken und Genesenden sie vorzugsweise von unserem Lager nehmen. Das Vorurtheil gegen krimsche Weine, das einige Personen, die an den Geschmack der französischen Weine gewöhnt sind, hegen, muss in Anbetracht des Umstandes merklich erschüttert werden, dass die Ausfuhr der Krimschen Weine nach Frankreich mit jedem Jahr grössere Ausdehnung annimmt. Es ist klar, dass die französischen Weinhändler uns mit erhöhten Preisen, verfälscht, aber dem Geschmack des Publikums entsprechend, dieselben Weine zurück schicken, welche wir in unverfälschter Form anbieten können.

Aufträge aus der Provinz werden schnell und prompt besorgt. 48 (1)

Auf Wunsch wird der Preiscourant zugesandt.

Die Weine der Firma «Oriando» erhält man schon in vielen Provinzialstädten bei verschiedenen Weinhändlern.

Saxlehner's Bitterquelle
HUNYADI JANOS
durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das
Verlässlichste und Wirksamste aller
Bitterwässer
empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser“ zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (24)
Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

Das chemische Laboratorium
von
J. Martens,
Rasjesshaja № 49/35,
übernimmt die Ausführung:
von **Desinfectionen** von Wohnräumen, Krankenzimmern, Latrinen, Kleidern, Wäsche etc. unter der erprobten Leitung und Aufsicht eines Chemikers und bereitet zuverlässige **Desinfectionsmittel** nach den neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen;
aller möglichen **chemischen analytischen Arbeiten**, Kostenanschläge und Calculationen, gewerblicher Anlagen und Lösung **technischer** Fragen;
von sämmtlichen **Zerkleinerungsarbeiten (Pulverisation)** mineralischer und vegetabilischer Stoffe. 141 (3)

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**
Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren
hiesiger und ausländischer Fabrikation.
Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3—6, Magazin 7.
Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und **-Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sammtliches Zubehör für jeden Verband.
Detaillirte Engros-Preiscouranfe stehen auf verlangen jederzeit zur Verfügung. 18 (11)

Дозволено цензурою С.-Петербургъ, 1. Марта 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 4 APRIL 1884

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, etc.

W. Bechterew und *P. Rosenbach:* Zur Physiologie der Intervertebralganglien. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 9).

N. Kowalewski: Zur Frage über Mitempfindungen. (Med. Westn. № 3, 4). Einige Versuche an sich selbst angestellt.

N. Misslawski: Erregbarkeit des Nerven Muskel-Präparates. (Trudy Obschtschestwa Jestestwoispytatelei Imp. Kasan. Univ. T. XII. № 6. — Arbeiten d. Naturforscher-Gesellschaft bei d. Kais. Kasan'schen Univers.)

N. Woischwillo: Zur Lehre von den Kaliberverhältnissen der Nervenfasern zu den von ihnen versorgten Haut- u. Muskelpartien beim Menschen. (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

L. Bushanski: Ueber die Cariokinese bei der Regeneration des Knorpels und Flimmerepithels. (Russ. Med. № 7.) Vorläufige Mittheilung. Nach B.'s Untersuchungen unterliegt die Theilung der Knorpelzellen bei der Regeneration des Knorpels keinem Zweifel und erfolgt auf dem Wege der Cariokinese. Dasselbe fand er auch bei der Regeneration der Flimmerepithelzellen.

S. W. Lewaschow: Ueber die Wirkung erhöhten Blutdrucks auf die Elasticität der Gefässwand und über deren Bedeutung bei der Entstehung aneurysmatischer Erweiterungen. (Jesh. Kl. Gas 5—8.)

S. Maissurians: Ueber eine neue Fiebertheorie. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 37, 1884).

N. D. Monastyrski: Anatomische Untersuchungen über die Veränderungen der peripherischen Nerven und des Rückenmarks bei Tetanus traumaticus. (Prot. Chir. Ob. Pirog. 1882/1883).

Petrow: Experimentelle Untersuchungen über das Hungern. (Russ. Med. № 7—9). Ref. folgt.

S. W. Possadski: Lymphoma mediastini. (Jesh. Kl. Gas. № 3). Ein Fall.

W. Senenko: Abnorme Lage eines Hodens. (Ectopia testiculi). (Wr. № 8 u. 9). Ref. folgt.

W. Wargunin: Ueber die Färbung niederer Organismen. Vorläufige Mittheilung. (Ibid. № 11). Ref. folgt.

Innere Medicin.

W. N. Nikitin: Handbuch der Laryngoskopie und der Krankheiten des Kehlkopfs. Lief. 1. — St. Petersburg 1884.

M. Aristow: Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 37, 1884).

Derselbe: Zur Casuistik der Tuberculose. (Prot. Kawk. Ob. № 16, 1883/1884).

L. Birk: Kurze Bemerkungen über Filaria sanguinis hominis. (Med. Prib. Morsk. Sb. März a. c). Ref. folgt.

S. P. Botkin: Klinische Vorlesungen über Typhus abdominalis. (Jesh. Kl. Gas. № 1—3, 5).

Derselbe: Klinische Vorlesung über Chlorose. (Ibid № 5).

Derselbe: Klinische Vorlesung über perniciöse Anämie. (Ibid. № 6).

N. Filatow: Ueber Diphtherie. (Russ. Med. № 7 u. ff.) Vorlesung, geh. i. Kinder-Hospital in Moskau.

E. Haudelin: Die Kokken bei der Dysenterie. (Prot. Kawk. Ob. № 16, 1883/1884).

Hauenstein: Milzruptur, Heilung. (Wr. № 8 u. 9). Ref. folgt.

W. Kurkinski: Arsenik bei Febris recurrens. (Ibid. № 10). Ref. folgt.

N. Masslowski: Ein Fall von Atrophia muscularis progressiva juvenilis). (Russ. Med. № 7 u. 8).

P. Popow: Fusswaschungen mit kaltem Wasser als Mittel gegen den Schnupfen. (Ibid. № 10). Ref. folgt.

N. Sassezki: Ueber die antifebrilen Behandlungsmethoden. Probevorlesung als Privatdocent. (Wr. № 11).

Sawwinski: Alumen ustum gegen Intermittens. (Med. Obsr. № 3). (cf. Wr. 1883. № 42. Schidlowski). 12 Fälle von frischer Intermittens, zwei Mal täglich zu gr. vjjj Alumin. usti in ℥jj Wasser gegeben und einige Tage fortgeseszt, selbst wenn auch die Anfälle ausblieben. Nur bei 2 Kranken trat nach Darreichung des Mittels ein zweiter, bei einem ein dritter und bei einem nach 13 Tagen ein Recidiv ein, die übrigen kamen mit einem Anfall weg.

M. K. Senets: Ein Beitrag zur Frage über das Vorherbestimmen der Recurrensanfälle. (Jesh. Kl. Gas. № 7, 8).

N. Sheglinski: Beobaehtungen in der Militär-Kumyssheilanstalt bei Ssamara. (Dnewn. Kas. Ob. № 1—2).

A. Tschulowski: Ein seltener Fall von Echinokokkus in der Markhöhle des Humerus. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 37. 1884).

N. A. Winogradow: Materialien zur Kenntniss des Kasan'schen Fiebers. (Dnewn. Kas. Ob. № 3). Ein Fall von 2 Jahre lang dauernder Intermittens, complicirt mit einigen nestartigen schieferfarbenen Pigmentablagerungen von mehreren Cm. Durchmesser an verschiedenen Körperstellen.

Chirurgie.

A. Bobrow: Luxationen und Fracturen. Lief. 1. Luxationen. — A. Lang. — Moskau 1884.

A. D. Knie: Bericht über meine chirurgische Thätigkeit im Hospitale für 1880—1883. I. — Moskau 1884.

A. Ebermann: Krebs der Harnblase. (Prot. Chir. Ob. Pirog. 1882/1883).

Filatow: Schwefeläther bei eingeklemmtem Bruch. (Med. Obsr. № 3). Faustrosse rechtseitige Inguinalhernie welche, durch Taxis irreponibel, nach zweimaligem Begiessen mit Schwefeläther zurückging.

P. S. Jewsejenko: Ueber die Nachbehandlung bei Lithotomien. (Med. Westn. № 5, 6). Ref. folgt.

A. J. Karmilow: Tumor cysticus linguae. (Ibid. № 7). Untersuchung und Operation eines Falles v. einer Cyste der Zungenspitze, „entstanden aus einer Schleimdrüse" (echte Ranula von Recklinghausen's aus der Blandin-Nuhn'schen Zungendrüse. Ref.)

Derselbe: Zur Schätzung der einzelnen Methoden der Behandlung der nach Knochenbrüchen entstandenen Pseudarthrosen. (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883). Schluss.

A. Knie: Schädeltrepanation wegen Caries. Ein glücklich operirter Fall. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 7).

W. J. Kusmin: Ueber traumatische Verletzungen des Central-Nervensystems. Besprechung der pathologisch-anatomischen Vorgänge. (Ibid. 1883. № 5, 6 u. 7).

Makawejew: Ueber den hohen Steinschnitt. (Med. Obsr. № 3). Urgirt den Vorzug des hohen Steinschnitts und der nachfolgenden Blasennaht mit Seide vor dem Perinäalschnitte. (cf. Golowatschow Med. Obsr. № 1).

W. W. Maximow: Resection eines fungösen Kniegelenks; prima intentio der Operationswunde. Tod zwei Monate später an Tetanus. (Med. Westn. № 5, 6).

Nassilow: In Anlass des Aufsatzes von Karmilow. „Zur Schätzung der einzelnen Methoden der Behandlung der nach Knochenbrüchen entstandenen Pseudarthrosen". (Russ. Med. № 11). K. hat in dem beregten Aufsatze eine neue Operationsmethode der Pseudarthrose beschrieben, deren Autorschaft er Prof. Sklifossowski vindicirt. Dagegen protestirt Prof. Nassilow, da Prof. Sklifossowski die Operation nur ausgeführt habe, Plan u. Zeichnung zu dieser Operation

aber von ihm (Nassilow) erdacht und entworfen seien — somit auch nur er (Nassilow) als Autor angesehen werden könne.

W. Orlow: I. Amputation des linken Unterschenkels bei einer 90jährigen Frau. Heilung. II. Operation einer Phimosis bei einem 85jährigen Greise. Heilung per primam. (Wr. № 8).

S. Popow: Eine Tracheotomie in der Landpraxis. (Russ. Med. № 9 u. 10).

N. Schmitz: Ein Fall von heilendem Einfluss des Erysipels auf Syphilis. (Med. Westn. № 7). Ein Fall von Heilung tardiver Syphilis durch Infection mit Erysipel. Dabei wird die Frage ventilirt, ob man berechtigt sei zu inoculiren, die Antwort darauf aber in suspenso gelassen.

W. Senenko: Beitrag zur Frage über die Extraction von Trachealcanülen-Fragmenten aus der Trachea. (Jesh. Kl. Gas. № 8). Zwei Fälle.

A. D. Shdanow: Zur Casuistik der Fremdkörper im Verdauungscanale. (Med. Westn. № 5, 6). — 2 Fälle von verschluckten Münzen mit günstigem Ausgange — ohne Behandlung. In dem einen Doppelfalle, ein Knabe verschluckte einen Waffenrockknopf und 12 Tage später ein 15 Kopekenstück (2 Cm. Durchmesser), kommt der erstere nach 9 Stunden, das andere nach 14 Stunden per anum zum Vorschein, in dem andern Falle wird ein 3 Kopekenstück (eine Kupfermünze von 3,2 Cm. Durchmesser) nach 54 Stunden per anum entleert.

G. A. Ssawostizki: Krebs der Zunge und des Mundbodens. Entfernung des Krebses durch wiederholte Operationen. Patient 7 Mal operirt mit Thermocauter u. Messer, vermeintlich geheilt. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 7).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Ruma: Das landschaftliche Asyl und die psychiatrische Heilanstalt. — Perm 1883.

Achscharumow: Fall von degenerativer Psychose. (Arch. Psich. Kow. T. II. № 1).

Andrusski: Heilbarer idiopathischer Schwachsinn. (Ibid. T. II. № 2).

Derselbe: Ueber lichte Intervalle bei progressiver Irrenparalyse. (Ibid. I. № 1).

Derselbe: Bericht über die psychiatrische Abtheilung des Charkow'schen Gouvernements-Landschaftshospitals für 1882. (Ibid. T. I. № 2).

Awtokratow: Fall von pseudoaphasischer Verrücktheit. (Ibid. T. II. № 2).

Jak. Botkin: Epileptisches Irresein. (Ibid. T. I. № 1).

Frese: Einleitung in die Psychiatrie. (Ibid. T. I. № 1, 2).

Kandinski: Fall von zweifelhaftem Geisteszustand vor Gericht. (Ibid. T. II. № 2).

Kowalewski: Stupor. (Ibid. T. I. № 1).

Derselbe: Melancholie im Kindesalter. (Med. Westn. № 2, 3).

Lion: Aus dem Bericht über die psychiatrische Abtheilung des Bessarabischen Gouvernements-Landschaftshospitals für 1882. (Arch. Psich. Kow. T. I. № 1).

Derselbe: Ackerbaucolonien für Geisteskranke. (Ibid. T. I. № 2).

Pasternazki: Progressive Irrenparalyse und pseudoaphasische Verrücktheit. (Ibid. T. II. № 1).

Derselbe: Zur Frage von der Fürsorge für unsere Geisteskranken. (Ibid. T. II. № 2).

Platonow: Zwei Fälle von Epilepsie in Verbindung mit primärer Verrücktheit. (Ibid. T. I. № 1).

Derselbe: Zur Lehre von der primären Verrücktheit. (Wr. Wed. № 11, 12. 1883).

Slonimski: Die Irrengesetzgebung. (Westn. Psich. Mersh. № 1).

Ssowetow: Primäre Verrücktheit auf epileptischem Boden. (Arch. Psich. Kow. T. II. № 2).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

S. W. Grigorow: Die für die Allgemeinheit nothwendigen Kenntnisse über Syphilis, deren Verlauf, Behandlung, Arten der Uebertragung und Maassregeln gegen letztere. — Moskau 1884. — Populäre Abhandlung.

Tartenson: Vollständige Heilung der Syphilis ohne Quecksilber (englische Methode). Aus dem Französischen übersetzt von Levenson, unter d. Redaction von Ussass. St. Petersburg 1884.

Sinaide Elsin: Ueber die Verbreitung der Syphilis unter der Dorfbevölkerung (Frauen und Kinder). (Wr. № 8 u. 9). Ref. folgt.

A. Falkenberg: Ein Fall von Rhinitis interstitialis chronica syphilitica. (Russ. Med. № 11).

A. Fedotow: Einige Fälle acuter Bubonen bei hartem Schanker. (Med. Prib. Morsk. Sb. März).

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

W. Tschernow: Ueber die sogen. Fettdiarrhoe der Kinder im Sinne Demme's und Biedert's. (Wr. № 11. ff.).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

N. Tichomirow: Anleitung zur Bestimmung der Sehschärfe mit zwei Tabellen Buchstaben u. Zeichen. — St. Petersburg 1884.

J. Goralewitsch: Ein Fall von pflanzlichen Parasiten im Ohr. (Prot. Kawk. Ob. № 16. 1883/1884).

P. Grigorjew: Statistisches Material zur Frage über die Aetiologie des Trachoms. (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

J. A. Dembo: Fall von transversaler Atresie der Vagina. (Atresia vagina transversalis congenita). (Med. Westn. № 3). Schluss.

Goschkewitsch: Ein seltener Fall von vicarirenden Menses. (Russ. Med. № 8). Ref. folgt.

Prof. *A. Krassowski:* Bericht über Ovariotomieen. (Wr. 10). Erscheint demnächst auch in dieser Wochenschrift.

P. W. Kusnezki: Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft. (Dnewn. Kas. Ob. № 3. ff.).

J. M. Lwow: Fall von Entzündung des Hymens. (Med. Westn. № 4).

A. Shdanowa: Ueber acute gelbe Leberatrophie während der Gravidität. (Russ. Med. № 11. ff.).

Dieselbe: Bromaethyl als schmerzstillendes Mittel bei Geburten. (Med. Westn. № 6, 7). Mit 2 kleinen Tabellen.

J. Smolski: Eine Ovariotomie. (Russ. Med. № 11. ff.).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

Alexejew: Ueber die neuen Antipyretica. (Russ. Med. № 9). In 6 verschiedenen Krankheitsfällen, in welchen A. das Kairin anwandte, wurde durch dasselbe, selbst bei kleinen Dosen, die Temperatur stets herabgesetzt, wobei der Krankheitsprocess regelmässig verlief und keine üblen Nebenwirkungen, auch nicht aufs Herz, beobachtet wurden. Wegen der schnell vorübergehenden Wirkung ist das Kairin, nach d. Meinung des Autors, nicht bequem für die ambulatorische und private Praxis, auch wirkte der beim Temperaturabfall eintretende Schweiss zuweilen sehr schwächend auf den Kranken.

Bertenson: Ueber Thee und Theïnismus (Symptomencomplex, hervorgerufen durch übermässigen Theegenuss). (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883).

W. F. Jakubowitsch: Zur Lehre von den klin. Symptomen bei Vergiftungen durch Duboisin bei Kindern. (Med. Westn. № 3). Schluss.

Militair- und Schiffsmedicin.

Albizki: Noch eine der Ursachen von Augenkrankheiten im Militair. (Wojenn. Sanit. D. № 12). Vf. weist auf die Schädlichkeit des Staubes hin, der durch Bearbeiten der Achselklappen mit Kreide entsteht.

Jatros (Steinberg): Ein wunderbarer Widerspruch. (Ibid. № 9).

A. Leontowitsch: Zur Frage der Militair-Feldscherer und Militair-Feldscherer-Schulen. (Ibid. № 12. ff.)

M. Perwuschin: Die Revaccination der Rekruten. (Ibid. № 10, 11).

D. Rjäbtschewski: Bemerkungen zur Kritik Dr. Reich's über den „Bericht über den sanitären Zustand der Rekruten von der Aushebung des Jahres 1882". (Ibid. № 8). Schluss.

A. Sotow: Wie ist die freie Zeit des Soldaten auszufüllen? (Ibid. № 8. ff.)

Hygiene.

L. Brasol: Der vermeintliche Nutzen und thatsächliche Schaden der Pockenimpfung. — St. Petersburg 1884.

N. Archangelski: Beschreibung des Marine-Correctionshauses in sanitärer Hinsicht. (Material zur Gefängnissfrage). (Med. Prib. Morsk. Sb. März 1884).

N. Bronnikow: Notiz über das Trinkwasser der transkaspischen Provinz längs der Strecke Tschikischljar-Bami. (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883).

W. O. Portugalow: Das sanitäre Wohl. (Med. West. № 4, 5, 6). Ein längerer Discurs über Kindersterblichkeit.

A. Pöhl: Chemische und bacterioskopische Untersuchung des Newawassers. (Wr. № 8 u. 9).

W. Sewecke: Ueber den Einfluss, den verschiedene Zustände der Atmosphäre auf die Luftporosität der Wände von Wohngebäuden ausüben. — Ein Beitrag zur öffentlichen Gesundheitslehre. (Wojen. Med. Sh. Dec. 1883).

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

Rodsewitsch: Sanitarische Beschreibung des Lukojanowschen Kreises u. seine Diphtherie-Epidemie i. J. 1883. (Russ. Med. № 8—10).

W. Walch: Medicinisch-statistischer Bericht über die Sterblichkeit innerhalb der Bevölkerung St. Petersburg's in den Monaten October u. November 1883. (Wojenn. Med. Sh. Dec. 1883).

Vermischtes.

P. Spiro: Ueber einige Erscheinungen des sogenannten thierischen Magnetismus. (Hypnotismus). Mit Abbildungen. — Odessa 1883.

Mittheilungen aus den Verhandlungen med. Vereine: der Ges. russ. Aerzte in St. Petersb., des allg. Vereins deutscher Aerzte, d. Ges. Dünaburger Aerzte, der St. Petersb. med. Gesellsch., d. russ. Ges. zur Wahrung der Volksgesundheit, der Kijewschen Aerzte, der Aerzte des rigaschen Mil.-Hospitals. (Russ. Med. № 7 u. ff.)

M. Perfiljew: Der VII. Congress russischer Naturforscher und Aerzte in Odessa. (Meshd. Klin. № 3. 1884). Schluss.

W. O. Portugalow: Die unbezwingliche Macht der Pocken. (Wojenn. Sanit. D. № 11. ff.)

K. Schidlowski: Zur Charakteristik der Volksanschauungen bezüglich Aetiologie, Wesen und Therapie von Krankheiten. (Med. Westn. № 3). Schluss.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5 Апрѣля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 5 MAI 1884

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Missbildungen etc.

M. Alexejew: Angeborene seltene Missbildung. (Mediz. Westn. № 11, 12.)

B. Koslowski: Angeborener Defect der einen Niere. (Russ. Med. № 14.) Bei einem an Dysenterie verstorbenen 22jährigen jüdischen Soldaten fehlte die linke Niere. die A. und V. renalis sinistra, der linke Ureter, sowie das linke Samenbläschen und vas deferens. Die linke Nebenniere und der linke Hoden waren von normaler Beschaffenheit, ebenso die rechte Niere, nur war letztere noch einmal so gross wie gewöhnlich und hatte ein Gewicht von mehr als 300 Gramm. Irgend welche Anomalien bei der Harnabsonderung waren am Kranken nicht constatirt.

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

W. Anrep und *A. Poehl:* Ueber Ptomaïne und ihre Bedeutung in der gerichtlichen Chemie. (Westn. Ssud. Med. Th. I. 1884.)

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

A. Dochmann: Materialien zur Lehre von der Albuminurie, Glomerulo-Nephritis und Bright'schen Krankheit. Kasan 1884.

N. Ettlinger: Zur Casuistik der angeborenen Herzfehler. Ein Fall von transpositio Aortae et art. pulmonalis bei offenem Foramen ovale, nicht geschlossenem Duct. arterios. Botalli und Defect der die Ventrikel trennenden Wandung. (Wr. № 14.)

Langowa: 4 Fälle von multipler Sclerose der Nieren, Leber, Lungen u. s. w. (Med. Obsr. № 2.)

A. Pawlowski: Ueber Riesenzellen in den Geschwülsten und dem pathologischen Bindegewebe in Verbindung mit der Entwickelung des Letzteren. (Russ. Med. № 13 und 14.)

J. Pluszczewski: Pathologisch-anatomische Veränderungen der willkürlichen Skelet- und Zwerchfell-Muskeln bei Typhus abdominalis, exanthematicus u. recurrens. (Wojenn. Med. Sh., Januar u. Februar.)

Pospelow: Pathologisch-anatomische Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie. (Med. Obsr. № 6.)

W. Rubinowitsch: Ein Fall von Wanderleber (Hepar mobile). (Wojenn. Med. Sh., Febr.)

Innere Medicin.

M. Chomjakow: Cursus der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Lief. 1.: Krankheiten der Urogenitalorgane. — Kasan 1884.

Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, übersetzt von N. E. Krusenstern. Lieferung 8. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

A. N. Dmitriew: Ein Fall von Peritonitis circumscripta, hervorgerufen durch Bluterguss in die Leber. (Med. Westn. 1884. № 11.)

N. Filatow: Ueber Diphtherie. (Russ. Med. № 12—14. Schl.)

N. Ljubimow: Ueber das biliöse Typhoid. (Vortrag, auf der Odessaer Naturforscherversammlung gehalten. (Wr. №№ 14 und 15.)

Nesterow: Zur Casuistik der Polyurie. (Med. Obsr. № 4.)

Rodsajewski: Die Dauer der Magenverdauung als diagnostische Methode, besonders bei nervöser Dyspepsie. (Ibidem № 6.)

W. Schnaubert: Ueber Kaïrin bei Flecktyphus. Resumé aus 32 Fällen. (Med. Westn. № 10.)

Sinowjew: Die Tracheotomie als therapeutisches Mittel bei Kehlkopfsleiden. (Med. Obsr. № 2.)

Chirurgie.

Kadenazi: Beobachtungen eines Chirurgen des 67. zeitweiligen Militärhospitals der Donau-Armee (67-го военно-временнаго госпиталя Дунайской арміи) während des Krieges 1877—1878. (Wojenn. Med. Sh., Februar. Fortsetzung.)

N. Kampf: Eine verkalkte Tonsille. (Sie wurde bei einem sonst gesunden 24jährigen Mädchen gefunden u. extrahirt.) (Wr. № 12.)

J. Makawejew: Zur Casuistik des hohen Blasenschnittes mit Anlegung der Blasennaht. — Aus dem Semenow'schen Militärhospital. (Ibidem №№ 12 u. 13.)

D. Nikolski: Steinextraction vermittelst des hohen Blasenschnitts. (Med. Westn. №№ 13, 14.)

A. Podres: Die Bedeutung und die Mittel der Endoskopie der Urogenital-Organe. (Russ. Med. № 13, 15 u. ff.)

W. Portugalow: Zur Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (Med. Westn. № 10.) Vf. hat gute Erfolge gesehen von der Application einer aus Natr. caustic. und Calcar. ust. zu gleichen Theilen und Alcoh. absolut. bestehenden Paste. Die Aetzungen werden alle 3—4 Tage, etwa 5—10 Mal im Ganzen, vorgenommen. Rathsam ist es, die Paste zu jeder Aetzung frisch zu bereiten, etwa in der Quantität einer Drachme.

N. Preis: Lipoma professionale. (Russ. Med. № 13.) Ref. folgt.

Snamenski: Bildung von Harnconcrementen nach partieller Resection der Harnblase. (Med. Obsr. № 4.)

Derselbe: Ueber die Unterbindung von Hämorrhoidalknoten im Rectum. (Ibidem № 7.)

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Klein: Die pathologische Anatomie der disseminirten Sclerose des Centralnervensystems. (Med. Obsr. № 2.)

Skolosubow: Zur Casuistik der disseminirten cerebrospinalen Sclerose. (Ibidem № 2.)

Venerische Krankheiten. Prostitution.

M. A. Tschistjakow: Die Syphilis unter der Landbevölkerung. — St. Petersburg 1884.

Prof. *Laschkewitsch*: Antwort auf den Angrift des Dr. Schadek in № 12 der Russkaja Medizina, betreffend die Syphilis hereditaria. (Russ. Med. № 13.)

Saboloski: Harter Schanker am obern Augenlid. (Med. Obsr. № 5.)

K. Schadek: In Anlass der Bemerkung des Prf. Laschkewitsch unter dem Titel Syphilis hereditaria tarda in № 6 der ‹Russkaja Medizina›. (Russ. Med. № 12.)

S. Tomaschewski: Ueber Verlauf und Charakter der Syphilis hereditaria adultorum. (Ibidem № 12 und 13.)

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

Filatow: Die Diagnostik des Anfangsstadiums der fieberhaften Krankheiten bei Kindern. II. Fehlerquellen. (Med. Obsr. № 5.)

D. Semtschenko: Ein Fall von Windpocken, bei dem acute parenchymatöse Nephritis auftrat. (Wr. № 12.)

Augen- und Ohrenkrankheiten.

A. Chodin: Der gegenwärtige Stand der Frage über Anwendung von Jequirity bei Trachom. (Schluss.) (West. Oft. Chod. № 2.)

A. Dogel: Ueber den Bau der Retina beim Menschen. (Ibid. № 2.)

W. Dolshenkow: Zwei seltene Fälle von sympathischer Ophthalmie. (Ibid. № 2.)

P. S. Jewsejenko: Die Behandlung der pannösen Trübungen der Hornhaut ohne Jequirity. (Med. Westn. № 13.) Vf. verwirft das Jequirity seiner Gefährlichkeit wegen und empfiehlt das Ol. nuc. Jugland. (Einträufelungen von einigen Tropfen 1 bis 2 Mal täglich, allein oder mit andern Mitteln, wie Cupr. sulf.), welchem er sehr viele Erfolge zu verdanken habe und das dabei gefahrlos sei.

G. Mitkewitsch: Ophthalmolog. Beobachtungen. (Westn. Oft. Chod. № 2.)

A. D. Shdanow: Zur Casuistik der Fremdkörper im äusseren Gehörgange (Kirschkern). (Med. Westn. № 8.) Entfernung eines Kirschkernes aus dem Gehörgange eines Kindes mittelst eines Hakens.

J. P. Skworzow: Iridorhexis bei Synechia anterior et staphyloma corneae totale. (Ibid. № 15.)

J. Talko: Beobachtungen und Experimente auf dem Gebiete der Augenheilkunde. 1) Ueber die Aetzwirkung des Calomels auf die Bindehaut des Auges. 2) Ueber Verletzungen des Augapfels, hervorgerufen durch Blutegelstiche. (Wojenn. Med. Sh., Jan.)

A. Tepljaschin: Ophthalmologische Beobachtungen. (Statistische Studie aus der Landpraxis.) (Med. West. 1884, № 8 bis 11.)

Geburtshülfe, Gynäkologie.

S. Baskin: Granulom der Vagina bei einer Schwangeren. (Med. Westn. № 12.)

J. Dubenski: Ein Fall von Heilung eines Prolapsus uteri durch den Zwanck-Schilling'schen Hysterophor. (Russ. Med. № 13.)

A. Feoktistow: Ueber die Technik der continuirlichen Bespülung der Vagina und des Uterus. (Wr. №№ 13 und 14.) Vorläufige Mittheilung. Beschreibung eines neuen Apparates zur Ausspülung.

Günzburg: Echinokokkusgeschwulst der schwangeren Gebärmutter. (Med. Obsr. № 6.)

J. Lwow: Vollständige Ablösung eines fibrösen Uteruspolypen nach subcutanen Injectionen von Ergotin. (Med. Westn. 1884, № 9.) Im concreten Falle werden 14 Injectionen gemacht, nach denen der gestielte Polyp spontan durch die Uteruscontractionen entfernt wird.

Derselbe: Fall von Colpitis crouposa. (Ibid. № 12).

D. Ott: Ueber Kochsalztransfusion bei durch Placenta praevia erzeugter acuter Anaemie. (Wr. № 12.) (Vf. plaidirt auf Grund eines Falles für die Kochsalztransfusion.)

A. Shdanowa: Ueber acute gelbe Leberatrophie während der Gravidität. (Russ. Med. № 12. Schluss.)

J. Smolski: Eine Ovariotomie. (Ibid. № 12. Schluss.)

Solowjew: Ueber Exstirpation des krebsig entarteten Uterus. (Med. Obsr. № 2.)

F. Weber: Ein Fall von langdauernder Galaktorrhoe. (Med. Westn. № 9.) Sieben Jahre ungefähr dauert die Milchabsonderung, und wird diese vom Vf. auf eine bestehende Affection der Genitalien, welche die Pat. während der Lactation acquirirt und bis jetzt besteht, bezogen.

Arzneimittellehre, Toxikologie.

W. Bensengr: Einige Worte über Dosirung und Wirkungsweise des Santonins. (Med. Westn. 1884. № 10. 11). Ref. folgt.

A. Grigorjew: Alumen ustum als Surrogat für Chinin. (Russ. Med. № 14). Während die DDr. Szydlowski und Ssawinski, welche ihre Beobachtungen in Central-Russland angestellt haben, bei Behandlung der Febris intermittens mit Alaun glänzende Resultate (100% Heilung) erzielten, Dr. Ssaltykow dagegen im Kaukasus (Dagestan-Gebiet) höchstens bei 26% der mit Alaun behandelten Intermittenskranken Heilung beobachtete, hat Grigorjew im Hospital von Temir-Chan-Schura von 22 Intermittenskranken nur in 2 leichteren Fällen von Febr. interm. tert. (also nur 9%) das Fieber mit Alaun coupiren können, in allen übrigen Fällen hat die Alaunbehandlung im Stich gelassen und musste zum Chinin die Zuflucht genommen werden.

L. M. Popow: Ueber die pharmakologische Wirkung des Kairin. (Med. Obser. № 4.)

Steinberg (Warschau): Erythema universale, hervorgerufen durch Emplastrum de Vigo. (Russ. Med. № 14.) Bei einem 8-jährigen syphilitischen Mädchen mit einem Tumor gummos. antibrachii entwickelte sich nach Application eines Emplastr. de Vigo ein stark juckendes Erythem, welches fast die ganze obere Körperhälfte einnahm. Nach Entfernung des Pflasters und Gebrauch von warmem Wannenbad verschwand das Eryth. in 5 Tagen, kehrte aber nach abermaliger Application des Pflasters wieder, ohne dass in der Geschwulst irgend eine Veränderung wahrnehmbar war. St. ist geneigt, die Entstehung des Erythems *ausschliesslich* der örtlichen Reizung durch das Pflaster zuzuschreiben.

Balneologie, Elektrotherapie etc.

J. Bloch: Elektrode-Commutator. (Wr. № 14).

Schtscherbakow: Der Schlamm in Saki (Krim). (Med. Obosr. № 6).

Militair- und Schiffsmedicin.

Zywinski: Anweisung zur Verhütung, Untersuchung, Behandlung und Pflege ansteckender Formen von Augenleiden in der Armee, genehmigt und den betreffenden Behörden als Richtschnur anempfohlen von der Ober-Militär-Medicinalverwaltung. Berücksichtigt werden: die verschiedenen Formen von Ophthalmo-Blennorrhoea und Conjunctivitis diphtherica. (Wojenn. Med. Sh. Febr.)

A. Grünbaum: Ueber die Anwendung anthropometrischer Messungen beim Rekrutenempfang. (Wojenn. Ssanit. D. N. № 15).

K. Joelsohn: Erkrankungen an Hemeralopie unter Genietruppen (Sappeurs) als Folge ungenügender Ernährung. (Wojen. Med. Sh. Jan.)

W. S. Smgirew: Ueber die Resultate der Besichtigung und Messung von Brustumfang und Körperlänge der im Jahre 1875 zum Militärdienst Einberufenen. (Ibid. Jan.-Februar).

A. Sotow: Wie ist die freie Zeit des Soldaten auszufüllen? (Wojenn. Ssanit. D. N. № 14. — Schluss).

A. Ssudakow: Ueber die Behandlung dem Offiziers-Stande angehörender Militärpersonen auf den Sanitäts-Stationen. (Ibid. № 13 ff.)

W. Studnitzki: Ueber das Impfen im Allgemeinen, in Veranlassung der Revaccination der zum Militärdienst Einberufenen des Tomskischen Regimentes im Jahre 1883. (Wojenn. Med. Sh. Febr.)

J. Talko: Der Paragraph 31 Lit. A. des Reglements für die Wehrpflichts-Einberufungs-Behörden.— (Ref. bespricht die praktischen Unzulänglichkeiten, welche bei der Begutachtung augenleidender Einberufener durch die wenig präcise Redaction dieses Paragraphen hervorgerufen werden). (Ibid. Jan.)

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

N. Popow: Ein Fall von fingirter Geistesstörung. (Westn. Ssud. Med. I. Th. 1884).

Hygiene.

N. W. Andrejewski: Ueber die Prüfungsmethoden der zum Verkauf bestimmten und mit Wasser versetzten Milch. Schluss. (Wojenn. Med. Sh. Febr. 1884).

P. Galubow: Wasseruntersuchungen auf dem Jahrmarkt in Nishni-Nowgorod. (West. Ssud. Med. Th. I. 1884).

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit der Bevölkerung St. Petersburg's im December 1883. (Wojenn. Med. Sh. Jan.)

Derselbe: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit der Bevölkerung Petersburg's im Januar 1884. (Ibid. Febr.)

Vermischtes.

Mittheilungen aus den Verhandlungen medicin. Vereine: d. Gesellsch. russ. Aerzte in Petersb.; d. Gesellsch. Kijewscher Aerzte. (Russ. Med. № 13 u. 14).

M. Perwuschin: Ein Impfmesserchen. (Med. Westn. № 8).

Pogoshew: Der erste Congress der Aerzte des Poltawaschen Gouvernements. (Med. Obsr. № 5).

Smolenski: Die Hygiene-Ausstellung in Berlin im Jahre 1833. (West. Ssud. Med. Th. I. 1884).

Nestle's Kindermehl zur Ernährung von Säuglingen und **Nestle's condensirte Milch.**

Alleiniger Agent für Russland ALEXANDER WENZEL.

Central-Depot von Verband-Waaren

hiesiger und ausländischer Fabrikation.

Alexander Wenzel, St. Petersburg, Kasanskaja № 3—6, Magazin 7.

Carbol, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und **-Juten**, Lister's antiseptische Verband-Binden und Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Detaillirte Engros-Preiscourante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung. 71 (4)

Steiermärkische Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn

Unter-Steiermark, **Südbahnstation Pöltschach.**

Berühmter Glaubersalz-Säuerling, Stahlbäder, Kaltwassercur, Molkencur. Haupt-Indication: Erkrankungen der Verdauungsorgane. Comfortabler Aufenthalt. Saison Mai bis October. Prospecte und Wohnungsbestellungen bei der Direction. 52 (3)

Hierdurch die ergebene Mittheilung, dass ich neben allen Sorten **FLIESSE** mich speciell mit der Herstellung von **VERBAND-WATTE** und chemisch gereinigter

Charpie-Baumwolle

befasse. — *Muster mit Preiscourant gratis und franco.*

Hochachtungsvoll
L. Jeudy,
Verbandswatte-Fabrik,
M. 97 (1) **Eutritzsch-Leipzig, Sachsen.**

Auszug aus k. k. Hofrath Dr. Löschner's Schrift:

Das

SAIDSCHITZER BITTERWASSER

als wahre und reinste Bittersalzquelle von keinem anderen sogenannten Bitterwasser übertroffen, ist ein mächtiges Arzneimittel in einer grossen, leider höchst traurig folgereichen Reihe von Krankheiten — bei langjährigen Unterleibsleiden, Hämorrhoidal-Beschwerden, Hypochondrie und Hysterie, gichtischen Ablagerungen, Skropheln, Wurmkrankheiten etc. und hat den Vorzug, zufolge seiner keineswegs stürmischen Einwirkung, auch den zartesten Organismen die trefflichsten Dienste zu leisten. 55 (2)

M. F. L. Industrie-Direction in **Bilin (Böhmen).**

Depôt in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, Russ. pharmac. Handelsgesellsch. Rulcovius & Holm, H. Klos & Co.

BAD LIPPSPRINGE

Station Paderborn (Westf. Bahn) am Teutoburger Walde.

Stickstoffreiche Kalktherme (17° R.) mit Glaubersalz und Eisen, feuchtwarme, beruhigende Luft, Bäder, Douchen, Inhalationen, dem bewährtesten Standpuncte der Wissenschaft entsprechend in neuen comfortablen baulichen Anlagen. Erfolgreiches Bad bei **chron. Lungensucht, pleuritischen Exsudaten, quälenden trockenen Catarrhen der Athmungsorgane, Congestionen dahin, nervösem Asthma, reizbarer Schwäche, Dyspepsie.** Frequenz 2500. Saison vom 15. Mai bis 15. September. Die Curhäuser in den prachtvollen Anlagen gewähren Comfort und vortreffliche Verpflegung. Orchester 18 Mann stark. Gut ausgestattetes Lesezimmer. P. 101 (2)

Den Wasserversandt bewirkt und Anfragen beantwortet

Die Brunnen-Administration.

BADEN-BADEN.

Längst bekannte alkalische Kochsalzthermen von 44—69° C. Chlorlithiumquelle von hervorragendem Gehalte.

Neue Grossherzogl. Badeanstalt „FRIEDRICHSBAD". — Das ganze Jahr geöffnet.

Musteranstalt einzig in ihrer Art in Vollkommenheit und Eleganz.

Mineral- und medizin. Bäder jeder Art. — Privat-Heilanstalten mit Thermalbädern. — Trinkhalle für Mineralwasser aller bedeutend. Heilquellen. — Pneumatische Anstalt mit 2 Kammern à 4 Personen. — Molkenanstalt, Milchcur. Versand des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalle-Verwaltung.

Conversationshaus mit prachtvollen Concert-, Ball-, Lese-, Restaurations- und Gesellschafts-Sälen während des ganzen Jahres geöffnet. — Ausgezeichnetes Cur-Orchester. — Zahlreiche Kunstgenüsse jeder Art. — Jagd und Fischerei. — Grosse Pferderennen. — Reizende Spaziergänge und Ausflüge. — Vorzügliches Klima. — Herrliche Lage. — Mittlere Jahrestemperatur: + 7,4° R. 53 (2)

Das

Königl. Preuss. Brunnen-Comptoir zu Niederselters

bringt zur Kenntniss, dass das als Tischgetränk rühmlichst bekannte

Selterserwasser (Niederselterserwasser)

sowie die **Fachinger-, Emser-, (Kränchen-, Kessel- und Kaiserbrunnen), Schwalbacher (Stahl-, Wein- u. Paulinenbrunnen), Weilbacher- (Schwefel- Natronlithionquelle)** und **Geilnauer-Wasser,** sämmtlich aus den fiscalischen Quellen daselbst in Krügen und Flaschen **gefüllt werden, wie die Natur sie liefert, als durchaus**

natürliche Mineralwasser.

Dieselben haben nichts gemein mit den vielen künstlich aufgebesserten Quellen - Producten, welche, obwohl durch verschiedene chemische Manipulationen verändert, dennoch als natürliche Mineralwasser empfohlen werden.

Ihr hoher medicinischer Werth wird noch erhöht durch die ungemein günstige Zusammensetzung der Bestandtheile des Wassers der seit Jahrhunderten berühmten fiscalischen Quellen.

Die Wasser werden mit grösster Sorgfalt unter **Regierungs-Controle** als **Naturproducte** gefüllt, sind daher weder von der Kunst abhängig noch Irrthum unterworfen.

Sämmtliche obengenannte **natürliche Mineralwasser,** sowie die **ächten fiscalischen Emser Pastillen** und **Emser Quellensalze** sind stets vorräthig in allen bekannten Mineralwasser-Handlungen und Apotheken. P. 89 (1)

Wasserheilanstalt

Bad Thalkirchen

bei **München.** 63 (3)

Hydro-, Elektro- und Pneumatotherapie, Heilgymnastik, Massage, Diät- und Morphiumentziehungs-Curen. Hygienisch sehr gesund (fast 2000' hoch), landschaftlich sehr schön gelegene Anstalt, gute Verpflegung, billige Preise. Ausführliche Prospecte gratis und franco.

Dr. V. Stammler,
Arzt u. Besitzer.

Curhaus

für

NERVENKRANKE

in Pankow bei Berlin.

In dem Curhause des Unterzeichneten, welcher lange Zeit als Assistent sowohl an der psychiatrischen als auch an der Nervenklinik der Berliner Universität thätig war, finden Nervenkranke aller Art Aufnahme, vor allem solche, welche an Neurosen leiden.

Geisteskranke bleiben ausgeschlossen.

Sowohl für die Erkrankungen des Nervensystems als auch für etwaige Leiden anderer Organe haben die ersten Autoritäten der Berliner Universität ihre consultative Unterstützung gütigst zugesagt.

Pankow ist eine Stunde Weges von Berlin gelegen und hat mit dem letzteren Verbindung durch Eisenbahn und Pferdebahn. P. 91 (1)

Pankow. Breite Strasse 32.

Dr. Rudolf Gnauck.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4. Мая 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie.

der

St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 6 JUNI **1884**

Abkürzungen.

Gaz. lek. — Gazeta lekarska. Warschau. (Medicinische Zeitung.)
Prz. lek. — Przeglad lekarski. Krakau. Organ der Krakauer und der Galizischen medicinischen Gesellschaften. (Medicinische Revue.)
Med. — Medycyna. Warschau. (Medicin.)
Kr. lek. — Kronika lekarska. Warschau. (Medicinische Chronik).
Pam. Tow. L. — Pamietnik Towarzystwa lekarskiégo Warszawskiégo. (Archiv der Warschauer medicinischen Gesellschaft.)
Pam. Fiz. — Pamietnik Fizyjograficzny. Warschau. (Physiographisches Archiv.)

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

Materialien zur Geschichte der Medicin in Russland. Lief. 1 u. 2. St. Petersb. 1881 u. 1883.

Rogowicz: Jahresbericht über die vaterländische Medicin VI. Jahrgang. 1884. Zwei Theile. (Bericht für die Zeit vom 1. Juli 1882 bis zum 1. Juli 1883). Warschau.

E. Swiezawski und *K. Wenda:* Materialien zur Geschichte der Pharmacie im alten Polen nach bis jetzt nicht veröffentlichten Quellen. Mit goldener Medaille auf der internationalen pharmaceutischen Ausstellung in Wien gekrönt. Warschau 1884.

L. Blumenstok: Paul Ammann, eine historische gerichtlich-medicinische Studie. (Prz. lek. № 2 u. ff.)

Anthropologie. Ethnologie.

Dudrewicz: Der Schädel aus dem Kurgan bei Turow. (Pam. Fiz. Bd. III. Theil IV.)

Fedorowski und *Gloger:* Jurej (Heiliger Georg), Beitrag zur vaterländischen Ethnologie. (Ibidem.)

J. Kozlowski: Erklärung der ethnographischen Karte von Preussen und Warmien (mit Tafel). (Ibidem.)

T. Luniewski: Die alterthümliche Grabstätte in Luzki und Grodzisk. (Ibidem.)

J. Zawisza: Die Bedeutung der Kunstarbeiten aus Mammuthknochen, welche in der Knochenhöhle bei Ojcow gefunden wurden. (Ibidem.)

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Missbildungen etc.

W. v. Anrep und *N. Cybulsky:* Physiologische Untersuchungen auf dem Gebiete der Athmung und der Gefässnerven. — St. Petersburg 1884.

N. Wwedenski: Telephonische Untersuchungen elektrischer Erscheinungen in den Muskel- und Nervenapparaten. — St. Petersburg 1884.

M. Afanassjew: Ueber den dritten Bestandtheil des Blutes in normalem und pathologischem Zustande. (Aus dem klinischen Institut des Prof. Ziemssen in München.) (Wr. №№ 16 und ff.)

A. Dogel: Mikroskopische Untersuchung der Formelemente der Frauenmilch und ihr Verhältniss zur Güte der Milch. (Ibid.)

L. Morochowetz: Experimentelle Untersuchung über die Blutgerinnung. (Ibid. №№ 19 u. 20.)

M. Nencki: Eine neue Methode zur Bestimmung der physiologischen Oxydation und über den Einfluss, welchen die Krankheiten und Gifte auf die Oxydationsvorgänge im Organismus ausüben, auf Grund der mit Brzezinski und Sieber ausgeführten Experimente. (Pam. Tow. L., Bd. 79, p. 625.)

Ssucharski: Zur Lehre vom Einflusse der comprimirten Luft auf die Lungen. (Med. Obsr. № 9.)

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

K. Cybulski: Material zur algologischen Flora der Umgebung von Warschau. Mit 5 Tafeln. (Pam. Fiz. Bd. III.)

B. Eichler: Verzeichniss der in der Umgebung von Miedzyrzece wachsenden Phanerogamen. (Ibid.)

H. Hoyer: Ueber die mikroskopische Untersuchung der pathogenen Bakterien. (Gaz. lek. № 4—6.) Nichts Neues.

Derselbe: Bacillus Anthracis. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 593.)

F. Karo: Verzeichniss von selteneren Pflanzen, welche in den Jahren 1881 und 1882 in der Umgebung von Lublin u. Chelm gefunden worden, (Pam. Fiz. Bd. III.)

K. Lapczynski: Die regionale Verbreitung einiger Pflanzen im Tatragebirge in der Umgebung von Zapokane. (Ibid.)

A. Lipski: Ueber die Zusammensetzung und Verdaulichkeit des Käses. (Russ. Med. № 16). Verf. fand, dass Käse etwas schwerer als Fleisch und Eier verdaut wird, jedoch der Milch in Bezug auf Verdaulichkeit durchaus nicht nachsteht. (Daraus würde folgen, dass Milch schwerer verdaulich sei als Fleisch und Eier ! ? — Red.)

F. Osterlow: Ueber die vaterländischen Käfer. (Pam. Fiz. Bd. III.)

H. Pacanowski: Der gegenwärtige Stand der Lehre über die Peptone im Harn. (Abdruck von Kron. lek. in 8°, p. 10.)

W. Pisek: Ueber das neue Oliver-Geissler'sche Reagens auf Eiweiss und Zucker im Harn. (Prz. lek. № 11.) Es wird die von Baas in der letzten Zeit so gepriesene Reaction (Wien. med. Presse) auch vom Autor für den Nachweis von Eiweiss sehr empfindlich gefunden. Minder für den Zucker.

Rajchman: Die Parasiteneier in den Faeces. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 353.)

A. Slosarski: Materialien zur vaterländischen Fauna (Myriapoda). (Pam. Fiz. Bd. III.)

Derselbe: Materialien zur malakologischen Fauna des Zarthums Polen. (Mit Tafel.) (Ibid.)

Swiecicki: Neues über die anorganischen Bestandtheile der normalen Lochien. (Gaz. lek. № 18.) Verf. fand theils auf chemischem, theils auf mikroskopischem Wege Sulphate, Chloride und Phosphate von Magnesium, Kalium, Natrium und Eisen. In frischen Lochien waren immer Peptone vorhanden, Ptomaine fehlten. Die Menge des coagulirbaren Eiweisses schwankte zwischen 13,44 und 15,31%.

M. Twardowska: Verzeichniss von Pflanzen, welche in der Gegend von Szermentowszczyzna in Litthauen wachsen. (Pam. Fiz. Bd. III.)

A. Walecki: Materialien zur polnischen Zoographie. (Reptilien). (Ibid.)

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

W. Aljanski: Der Einfluss von Rinderknochen auf den Magendarmcanal bei Hunden und ihre Veränderungen in demselben. (Wr. № 20 ff.)

A. Belzow: Zur Frage über die Mikroorganismen bei Pyämie. Aus dem Laboratorium des Prof. Frisch in Wien. (Ibid. № 21). Ref. folgt.

lum[illegible]thal: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der verschiedenen Formen von Nephritis (Med. Obsr. № 8). Ref. folgt.

Cholmogorow: Experimentell hervorgerufene Lebercirrhose venöser Herkunft. (Ibid. № 8). Ref. folgt.

O. Korshenewski: Entzündung der einzigen, hypertrophirten, Gravidität vortäuschenden Niere. (Med. Prib. Morsk. Sb. Mai).

T. Lösch: Ueber das Verhältniss der Tuberkelbacillen zu den tuberculösen Leiden des Kehlkopfes. (Wr. № 20 ff.)

A. Malinowski: Transposition der Eingeweide (Situs viscerum inversus). (Gaz. lek. № 16). An der lebenden Pat. constatirt.

H. Pacanowski: Angeborene Communication der beiden Herzkammern. (Abdruck von Gaz. lek.) Warschau 1883, in 8 vo. p. 28 mit Taf.

H. Ruppert: Ein Fall von Oesophagusstenose durch Hypertrophie (?) des Stratum musculare in Folge von catarrhalischer Schleimhautentzündung. (Gaz. lek. № 17). Mikroskopisch constatirte R. bindegewebige Infiltration in der Muskelschicht der Speiseröhre an der verengten Stelle.

Sokotowski: Charcot-Leyden'sche Crystalle. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 201).

W. Tschish: Ueber künstliche Pigmentbildung im Nervengewebe. (Aus der Prof. Mierzejewski'schen Klinik). (Wr. № 15).

L. Tumas: Ueber die Veränderungen des Knochenmarkes nach Durchschneidung der zu ihm tretenden Nerven. (Jesh. Kl. Gas. № 14).

K. Winogradow: Ueber ein Concrement in einer Tonsille. (cf. Wr. № 12). Genauere Beschreibung des Concrements. (Wr. № 21).

Innere Medicin.

Korczynski: Sammlung der in der therapeutischen Klinik von Prof. Korczynski in Krakau ausgeführten Arbeiten, in 8 vol. p. 125 Heft X; enthält die Abhandlungen von Korczynski, Gluzinski, Jaworski und Wolfram. Krakau 1884.

J. Pawinski: Klinische Untersuchungen über die Herzarythmie im allgemeinen, insbesondere aber bei den Herzfehlern; mit 7 Tafeln. Warschau. 1884, in 8 vol., p. 328.

O. Widman: Die Krankheiten des Herzens. 1884. 8 vol. Warschau. S. 340.

Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie Bd. IV. Th. 1. Busch: Allgemeine Orthopädie, Gymnastik und Massage. — Ins Russische übersetzt von Nensberg.

Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie. Bd. II. Th. 2. O. Leichtenstern: Allgemeine Balneotherapie. — Ins Russische übersetzt von M. Miljutin.

Bronikowski: Einige Fälle von Diphtherie mit Terpenthinöl behandelt. (Gaz. lek. №. 5).

Dunin: Veränderungen in der therapeutischen Heilmethode der pleuritischen Exsudate. (Pam. Tow. L. Bd. 79. p. 195).

Glurinski und *Jaworski*: Neuer Beitrag zu der Untersuchungsmethode des Magens. Ausgeführt im Laboratorium der therapeutischen Klinik von Prof. Korczynski in Krakau. (Prz. lek. № 16—18). Ref. folgt.

Józefowicz: Beitrag zur Anwendung des Terpenthinöls bei Diphtherie. (Gaz. lek. № 5).

Kaczorowski: Ueber den ätiologischen Zusammenhang der Zahnfleischentzündung mit anderen Krankheiten. (Prz. lek. № 17, 18 ff.) Ref. folgt.

Z. Kniaziolucki: Ein Fall von Febris intermittens quotidiana mit Hydrochinon geheilt. Aus der Klinik von Prof. Widerhofer in Win. (Ibid. № 12). 14jähriges Mädchen. ½ Jahr krank. Während 4 Tage lang wird Hydrochinon zu 0,5 Grm. 4 Mal pro die verordnet. 6 Tage darauf Genesung.

O. Korshenewski: Mortification des Coecum, Ulcerationen im abnorm gelegenen Dickdarm; Leberabscesse. (Med. Prib. Morsk. Sb. Mai).

Kramsztyk: Ueber die klinische Casuistik. (Gaz. lek. № 6).

Lnczkiewicz: Zur Frage über die Contagiosität der Lungenschwindsucht. (Ibid. № 10 und 11). Vortrag gehalten in der Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft. — Ref. folgt.

Ortowski: Harnretention während 18 Tagen. (Pam. Tow. L. Bd. 79. p. 624).

H. Pacanowski: Einige Bemerkungen über den Verlauf von Ileotyphus und Typhus petechialis. (Abdruck aus d. Gaz. lek.) Warschau. 1883 in 8 vol. p. 53.

D. Peretz: Ein Fall von Venenthrombose am Oberschenkel nach einem Typhus abd. (Thrombosis venae saphenae magnae). — Gar nicht beweisend; Heilung. Diagnose zweifelhaft. (Gaz. lek. № 11).

Rosé: Ueber die Venaesection bei Herzkrankheiten. (Med. № 2—4). Ref. folgt.

Seifmann: Beitrag zur Lehre von der Incubation der Tollwuth bei Hunden. (Ibid. № 14). Lauter theoretische Ausführungen.

A. Sokolowski: Ein Fall von Blutinfarct in der Lunge (infarctus hämorrhagicus) mit fieberhaftem Verlaufe. (Gaz. lek. № 1). Die Section bestätigte die, während des Lebens des mit Insufficientia et Stenosis v. mitralis behafteten Pat. auf den hämorrhagischen Infarct in der linken Lunge gestellte Diagnose, vollkommen. Das Fieber während der 4 letzten Lebenstage schwankte zwischen 38,4 ° bis 39,5 °. Als Ursache fand sich bei der Autopsie ein in der entsprechenden Arterie sitzender, dieselbe vollkommen obturirender, Embolus.

Derselbe: Beitrag zur Aetiologie und Diagnostik der acuten croupösen Lungenentzündung (Pneumonia fibrinosa acuta). (Ibid. № 16).

Derselbe: Ueber die Contagiosität der Schwindsucht. (Pam. Tow. L. Bd. 79. p. 604).

Tymowski: Beitrag zur Therapie der Schwindsucht. (Med. № 7. 8.) Ref. folgt.

Wischnewski: Zur Casuistik der Fremdkörper, welche den Verdauungscanal passiren. (Med. Obsr. 9).

Chirurgie.

J. Chruschtschow: Handbuch der zahnärztlichen Technik. Mit 245 Abbildungen. — St. Petersburg. 1884.

N. Akimow: 2 Fälle von Wundheilung durch Anheilen von Schwammscheiben. (Russ. Med. № 15).

Bielczyk: Beitrag zur Aetiologie des Krebses an der untern Lippe. (Prz lek. № 11). Autor beschreibt eine eigenthümliche, im Karpathengebirge endemisch vorwiegend bei Männern im mittleren Lebensalter auftretende ulcerative Erkrankung an der unteren Lippe. Unter den 24 während der letzten 3 Jahre beobachteten Fällen nur 3 Mal bei Frauen gefunden. *Verlauf*: Allmälige Verdünnung und Maceration der Epidermis, dann ein flaches, mit glatten, weichen Rändern und weichem Boden, meist oblonges Geschwür; in veralteten Fällen wohl indurirt und zur Borkenbildung geneigt. Meistens spontane Heilung, auch eine solche unter Behandlung mit *Ung. plumbi* oder *Zinc.* im Verlaufe von 2 Monaten bis Jahre lang. In 3 Fällen, die aber sehr mangelhaft vom Autor beobachtet gewesen sind, hat sich schliesslich aus diesen Geschwüren der echte Lippenkrebs entwickelt.

A. Davidson: Fall von Heilung eines Empyem durch Thoracotomie. (Jesh. Kl. Gas. № 14).

A. Gamalej: Die Behandlung des Empyem vermittelst Incision ohne nachfolgende Ausspülung. (Wr. №№ 16 u. 17).

N. Grammatikati: Ueber die Anwendung des Jodoform bei Laparotomien. (Russ. Med. № 17 bis 19).

Jawdyciski: Enucleation im Schultergelenke. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 169).

Jegorow: Behandlung eingeklemmter Brüche mit elastischen Binden nach Dumont. (Med. Obsr. 9).

A. D. Knie: Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre vermittelst Oesophagotomia externa. (Letop. Chir. Ob. M. 1883. № 8). Ref. folgt.

Br. Longchamps (Sohn): Beitrag zur Casuistik der Leberverletzungen. (Prz. lek. № 2). Durch Incision im rechten Hypochondrium wird ein tiefer, nach Stichverletzung in der Lebergegend entstandener Abscess zur Heilung gebracht. Ob es ein perihepatitischer oder das Leberparenchym einnehmender Abscess sei, blieb auch vom Autor dahingestellt.

W. Matlakowski: Zwei Fälle von Ostectomie der Tibia bei Ostitis tuberculosa mittelst Stoll's Osteotom. (Gaz. lek. № 8). Heilung. Osteotom von Stoll hat sich am sclerosirten Knochen sehr gut bewährt.

Derselbe: Die Gelenkmaus im Knie. (Ibid. № 13). Entfernung durch Schnitt. Heilung per primam.

Derselbe: Frühzeitige Ellenbogenresection. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 601).

S. Meyerson: Ueber die Hindernisse bei Entfernung der tracheotomischen Röhre. (Med. № 13. 14). (Besprechung der Ursachen der stenotischen Erscheinungen, welche zuweilen die Herausnahme der Röhre nach einer Tracheotomie unmöglich machen; zum Theil Muskellähmungen; — zuweilen auch narbige Verengerung des Lumens d. Trachea, oberhalb dea Canüle; — die häufigste Ursache liegt aber in der zu üppigen Granulationsentwickelung in der Trachea, die auch in einigen vom Autor beschriebenen Fällen mit dem günstigsten Erfolge operirt wurden.

J. Mikulicz: Ueber den gegenwärtigen Zustand der Lehre über die Transfusion. Vortrag gehalten in der Sitzung der Krakauer medicinischen Gesellschaft. (Prz. lek. № 13—15). Ref. folgt.

Derselbe: Beitrag zur Lehre von der Wundbehandlung. (Ibid. № 1, 3, 5). Ref. folgt.

Derselbe: Beitrag zur Technik der Entfernung sowie der Nachbehandlung des Tonsillenkrebses, in 8 vol., p. 9.

Derselbe: Invagination und Vorfall des Dickdarmes durch den Mastdarm. Excision eines 76 Cm. langen Stückes von Darm. Genesung. (Separatabdr. von Gaz. lek. 1883) in 8 vol. p. 7.

Derselbe: Beiträge zur plastischen Nasenchirurgie. (Separatabdr. von Gaz. lek. 1883) in 8 vol., p. 10.

J. Mikulicz und *Schramm*: Chirurgische Beiträge. I. Theil, 1883; in 8 vol., p. 99. (Separatabdr. aus d. Prz. lek.)

M. Moratschewski: Ein Fall von penetrirender Bauchwunde. Vorfall eines Theiles des Netzes. Heilung. (Ibid. April).

D. Murinow: Aus der chirurgischen Abtheilung des Kalinkin-Marinehospitals. (Bericht über das Jahr 1882. 508 Pat.). (Med. Prib. Morsk. Sb. April ff.).

Obolinski: Ueber die chirurgische Behandlungsmethode des Kropfes. (Med. № 5).

Orlowski: Ueber die Lithotripsie. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 602).

Pawlicki: Beitrag zur Reposition der Hernien. (Ein höchst flüchtig beschriebener Fall von spontanem Rückgange einer incarcerirten Hernie nach Gebrauch von Morphium, Opium und Aetherbegiessungen. Ueberhaupt unklarer Fall!). (Prz. lek. № 9).

Perkowski: Vorstellung eines Knaben nach der Thoracocentese. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 343).

Derselbe: Günstige Resultate der Auslöffelung des Knochenmarkes bei Osteomyelitis der Röhrenknochen, in 8 vol. p. 22.

Pieniazek: Ein Fall von Cauterisation einer das Lumen der Trachea verschliessenden Neubildung von der tracheotomischen Wunde aus. — Heilung. (Prz. lek. № 1. 2.) In mehreren Sitzungen wurde hier mit der galvanocaustischen Schlinge eine fibröse Neubildung entfernt.

W. Stankiewicz: Plastische Operation. (Pam. Tow. lek. Bd. 79, p. 181).

S. A. Sujew: Schwere Verletzung des Oberarmes mit Ausgang in Heilung. Nebenwirkung des Jodoforms. (Med. Prib. Morsk. Sb. April). Ref. folgt.

R. Trzebicky: Chirurgische Beiträge XII. Der primäre Krebs der Harnröhre. Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Mikulicz in Krakau. (Prz. lek. № 9. 10.) Eine «hühnereigrosse Höhle» mit krebsiger Infiltration der Wandungen und beider Schwellkörper partis cavernosae des penis. Von der Höhle führt eine grosse Fistel nach aussen. Amputation des Penis mit günstigem Ausgange. Literaturangaben über die bis jetzt veröffentlichten Fälle des primären Harnröhrenkrebses.

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

A. Adamkiewicz: Ueber den Gehirndruck. (Gaz. lek. № 7 u. 9). Vortrag gehalten in der Wiener medicinischen Gesellschaft am 9. November 1883. — Vergl. Adamkiewicz: «Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression». Sitzgber. der k. k. Akad. d. Wissenschaft in Wien. Bd. LXXXVIII. III. Abth. 1883).

Brunner: Zur Casuistik des Hypnotismus. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 178).

K. Chelchowski: Ein Fall von chronischem Oedem der Gehirnventrikel. (Gaz. lek. № 14). Die Symptome während des Lebens entsprachen vollkommen dem Bilde einer Paralysis spastica. Bei der Autopsie wurde nur starke Ausdehnung aller Gehirnventrikel mit bedeutendem Schwund der Gehirnsubstanz im Septum pellucidum, Fornix tricuspidalis, Corpus callosum, Centrum semiovale Vieussenii gefunden. Rückenmark makroskopisch normal. Mikroskopisch nicht untersucht (!) Aehnlichen Fall finden wir bei Schulz. (D. Arch. f. kl. Med. Bd. 23, p. 343).

S. Danillo: Ob die Ursache epileptischer Anfälle in den Veränderungen im hinteren Abschnitte der Gehirnrinde liegt? — Eine experimentelle Studie. (Prz. lek. № 4). Ausgeführt im Laboratorium von Prof. Munk. (Ref. folgt.)

Gajkiewicz: Paralysis agitans. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 359).

Derselbe: Motorische Lähmung der oberen Extremität. (Ibidem. Bd. 79, p. 372).

Derselbe: Polyomyelitis anterior subacuta. (Ibidem. Bd. 79, p. 602).

Goldflam: Paralysis agitans. (Ibidem. Bd. 79, p. 346).

M. Goschkewitsch: Ein Fall von reflectorischer Eklampsie bei einem Kinde. (Russ. Med. № 16).

Kornitowicz: Paralysis agitans. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 187.)

Kownacki: Nitroglycerin in 3 Fällen von Epilepsie. (Gaz. lek. № 10). Obwohl die Dosis allmälig bis zu eintretender Intoxication gesteigert wurde, trat keine Besserung ein.

Lion: Uebersicht der russischen psychiatrischen Literatur für 1883. (Med. Obsr. 9).

Luczkiewicz: Ueber die Complicirung klinischer Bilder bei Gehirnkrankheiten. (Med. № 8—10). Ref. folgt.

A. Malinowski: Acute Entzündung des Rückenmarkes in Folge von Masern. (Gaz. lek. № 15). Acuter tödtlicher Verlauf unter den Erscheinungen der allgemeiner progressiv. Paralyse).

Meyerson: Ueber, durch Veränderungen an den Nasenmuscheln hervorgerufene Reflexneurosen. Forts. (Ibid. № 18).

Mierzejewski und *Erlicki*: Ein Fall von Sclerosis lateralis amyotrophica. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 221).

J. Mierzejewski: Beitrag zur Lehre über Alcoholismus. (Prz. lek. № 3—7). Gegenseitige Beziehungen von Alcoholismus und Verbrechen. — Delirium tremens. — Hallucinationen von Alcoholikern. — Der alcoholische Somnambulismus (Trance state). Ein gerichtlich-medicinischer Fall von Alcoholismus. Ref. folgt.

Rajchmann: Ueber die Dyspepsia nervosa; mit Discussion. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 366).

A. Rosenthal: Hypochondrie im Gebiete der psychischen Krankheiten. (Gaz. lek. № 13). (Allgemeines).

M. Rzadkowski: Beitrag zur Lehre über die Localisationen im Grosshirne. (Ibid. № 6). (16jähriges gesundes Bauermädchen. Verwundung an der r. R. parietalis 10 Ctm. oberhalb des äusseren Gehörgangs, 4 Cm. unterhalb der Sutura sagittalis. Sofortige Lähmung der ganzen oberen l. Extremität (Monoplegia brachialis) mit total ungestörter Sensibilität am ge-

lähmten Gliede. Ob der Zustand unverändert blieb wird sonderbarer Weise gar nicht erwähnt.

Winogradow: Atrophia facialis progressiva bilateralis. 1 Fall. (Russ. Med. № 17).

R. Wnorowski: Eingebildete Schwangerschaft. Fall von Hysterie. (Gaz. lek. № 12).

Hautkrankheiten.

W. Jablonowski: Medicinische Casuistik in der Türkei. VIII. Hautkrankheiten. (Prz. lek. №№ 14, 16.) Allgemeine und meist populär gehaltene Bemerkungen über die Häufigkeit und Aetiologie der Hauterkrankungen bei verschiedenen Völkern in der Türkei. Beschreibung der unter dem Namen ‹Bouton d'Alep› (türkisch Hurma czyban) bekannten in Klein-Asien endemischen Erkrankung.

Malinowski: Verspätetes Auftreten der Vaccine im Verlaufe von Masern. (Gaz. lek. № 17.)

N. Ssudeikin: Ein Fall von Varicella, mit parenchymatöser Nierenaffection. (Russ. Med. № 16.) Gleichzeitig mit diesem wurde ein Fall von Variola mit zahlreichen über den ganzen Körper verbreiteten Pockeneruptionen beobachtet, jedoch ohne irgend welche Affection des Nierengewebes. Verf. ist geneigt, indem er diese beiden Fälle gegen einander hält, anzunehmen, dass das Pockengift in den Fällen, in welchen es nur geringe Veränderungen an der Haut bewirkt, durch die Nieren ausgeschieden wird und daher dieselben mehr afficirt, als wenn es ein zahlreiches Exanthem hervorruft und sich dadurch gleichsam schwächt.

B. Wicherkiewicz: Ein Fall von Sclerema adultorum am Gesichte und an den Augenlidern. (Gaz. lek. № 2). Angeblich durch den Gebrauch von Jodkalium geheilt (?), wenigstens eine Besserung.

Venerische Krankheiten. Prostitution.

A. Fournier: Syphilis und Ehe. Uebersetzt von Dr. A. Elsenberg. 1884.

D. Z. Krowczynski: Syphilidologie. Lemberg 1884. 8°. S. XII + 448.

N. Bogoljubow: 5 Fälle von Syphilisinfection per os. (Med. Prib. Morsk. Sb., Mai).

F. Danek: Ueber die Excision des harten Schankers. (Prz. lek. № 11.) Absichtliche Excision der nur am Praeputium localisirten Sclerosen, weil ihre Entfernung am saubersten vorgenommen werden kann. Von den 11 operirten Kranken blieben 5 während 10—14 Monaten, die seit der Operation verflossen sind, vollkommen von secundären Erscheinungen frei. In diesen positiven Fällen wurde die Operation am 11.—19. Tage der Erkrankung ausgeführt. In den mit negativem Erfolg operirten Fällen traten secundäre Symptome der Syphilis im Verlaufe von 3 bis 8 Wochen ein.

N. Domaschnew: Besichtigung der Ammen, behufs Prophylaxe der Syphilis. (Wr. №№ 17 u. 18.) Ref. folgt.

A. Fedotow: Infection mit Syphilis in Folge der jüdischen Ceremonie der Beschneidung. (Med. Prib. Morsk. Sb. April). Ref. folgt.

E. Finger: Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Veränderungen in den Gelenken, Sehnen, Sehnenscheiden und Schleimbeuteln. Aus der syphilidologischen Klinik von Prof. Neumann in Wien. (Prz. lek. № 5—9, 11). Ref. folgt.

J. Kosmowski: Zur Aetiologie und Therapie der venerischen Bubonen. (Russ. Med. № 16 u. ff.)

J. Peszke: Synonyme der Syphilis. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 381).

W. Seweke: Versuche über das Impfen von Ferkeln mit Syphilis. Aus der Klinik des Prof. Tarnowski. (Wr. № 21 und ff.)

W. Woljski: Verlauf der Syphilis unter dem Einflusse acuter fieberhafter Processe. (Russ. Med. № 15). In einem Falle von allgem. Syphilis wurde durch Erysipelas, das Pat. sich im Hospital zuzog, zwar eine Besserung der syphilitischen Erscheinungen bewirkt, jedoch trat 18 Tage nach Ablauf des Erysipels ein Recidiv der Syph. auf; in einem zweiten Falle von allg. Syphilis, welcher sich mit Recurrens complicirte, hatte der letztere Process auf den Verlauf der Syph. keinen wahrnehmbaren Einfluss. Ebensowenig hat Verf. von Complicationen mit Malaria einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Syphilis beobachtet.

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

Ignatjew: Uebersicht der russischen pädiatrischen Literatur für 1883. (Med. Obsr. № 8). Ref. folgt.

L. Wolberg: Fünf Beobachtungen aus dem Warschauer Krankenhause für die israelitischen Kinder von Bersohn u. Baumann. (Prz. lek. № 16 u. ff.).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

Hoene: Notizen aus der oculistischen Praxis. 1) Luetische Neubildungen in der Augenhöhle. Vortäuschung eines malignen Neoplasma. 2) Cancroid, das untere und obere Augenlid einnehmend. Blepharoplastik. 3) Beiderseitige symmetrische Lipome der oberen Lider. 4) Operationsmethode von Tamamschew bei Distichiasis und Trichiasis. 5) Zur Frage der sogenannten diphtherischen Conjunctivitis. (Gaz. lek. № 17).

Kamocki: Spitze Condylome der Conjunctiva. (Ibid. № 4).

Derselbe: Cysticercus im Glaskörper. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 360.)

J. Katsaurow: Ueber Erythropsie bei Aphakie. (Wr. № 15). Ref. folgt.

F. Kibersstowicz und *Kramsztyk:* Zwei Fälle von Hornhautverbrennung. (Gaz. lek. № 14).

Z. Kramsztyk: Durchbohrung der Cornea durch ein Stahlstück. (Ibid. № 13).

Meyerson: Ueber die Bougirung der Ohrtrompete bei Catarrhen des Mittelohrs. (Vortrag, gehalten in der Warsch. Med. Ges. am 4. December des vor. Jahres.) (Med. № 1). In einigen Fällen sah M. einen sehr guten Erfolg, womit er die bekannten Angaben von Politzer und Urbantschitsch bestätigt.

E. Modrzejewski: Ueber das künstliche Trommelfell und seine Anwendung. (Gaz. lek. № 14, 15). Ref. folgt.

Pepner: Iridocyclitis sympathica. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 623).

Rumszewicz: Beitrag zu den Entwickelungsfehlern des Auges. II. Fall von mehrfacher Pupille. (Med. № 6.)

Rydel: Ueber die Methode und Resultate der Therapie von Netzhautablösungen in der ophthalmiatrischen Klinik der Jagielloner Universität. (Prz. lek. № 2, 4, 6, 9). Ref. folgt.

Zsokalski: Augenläsionen durch die Einwirkung von Schwefelpulver. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 352.)

Geburtshülfe, Gynäkologie.

H. Jordan: In welcher Weise kann man dem Puerperalfieber vorbeugen? — Krakau 1884. 8°. p. 24.

Kisch: Unfruchtbarkeit. (Aus Eulenburg's Real-Encyclopädie.) In's Russische übersetzt von Dr. W. Swätlowski. St. Petersburg 1884.

J. Berger: Beitrag zur Aetiologie der puerperalen Mastitis. (Beobachtungen aus der geburtshülflichen Klinik von Prf. Kesmarsky in Pest). (Med. № 17). Ref. folgt.

Czaplicki: Extrauterine Schwangerschaft im Douglasschen Raume. Extraction der Frucht durch den Mastdarm. Genesung. (Ibid. № 6).

Haberling: Atresia hymenis. Menstrua retenta. Haematokolpos und Haematometra. (Gaz. lek. № 8). (Bei einer 16jährigen Jüdin). — Heilung.

J. Kaschkarow: Ueber die blutstillende Wirkung tieferer Einstiche in die Portio vaginalis uteri und über deren Ein-

fluss auf die Dauer der Menstruation. (Russ. Med. № 15). K. hat bei hartnäckigen Metrorrhagien sowohl an kranken Frauen (mit Oophoritis, Perioophoritis, Perimetritis) als auch an sonst gesunden durch 4—6 tiefe Einstiche (1—2½ Ctm.) in die Portio vaginalis uteri mit dem lanzenförmigen Scarificator (die entzogene Blutmenge betrug ½ bis höchstens 2 Esslöffel) stets eine sichere blutstillende Wirkung erzielt. Die Dauer der Regeln wurde unter dem Einfluss der Einstiche bedeutend abgekürzt. Blosse Scarificationen waren ohne Wirkung.

W. Matlakowski: Beiderseitige ovarielle Cysten in den breiten Mutterbändern liegend. Beiderseitige Ovariotomie. (Gaz. lek. № 15). Ohne Spray. Bauchschnitt 23 Ctm. lang. Schwierige Ausschälung (Enucleation) der beiden Cysten; meist stumpf. Drainage durch die Scheide. Keine prima intentio. Eiterung. Schliesslich Genesung. — Literaturangaben über die in den breiten Mutterbändern sitzenden ovariellen und paraovariellen Cysten.

Derselbe: Veränderungen der Scheide durch 3 Monate lang dauernde Retention eines zersprengten Pessariums erzeugt. (Ibid. № 9).

L. Neugebauer: Ein weiterer Beitrag zur Lehre über die mediane Naht der Scheide zum Zweck der Heilung des Prolapsus uteri (Elythrorrhaphia sive Kolporrhaphia mediana). (Ibid. № 1—4). Ref. folgt.

J. Rogowicz: Einige Notizen zur Therapie der acuten Anämie der Gebärenden. (Med. № 11 u. 12). Nichts Neues. Casuistik.

Fr. Rubinstein: Einige Bemerkungen über die Ursachen der Lage der Frucht. (Prz. lek. № 13—15). Ref. folgt.

S. S. Sajaïzki: Ein Fall von supravaginaler Amputation wegen interstitiellen Fibromyoms. (Let. chir. ob. M. 1883, № 8). Ref. folgt.

A. N. Solowjew: Ueber Totalexstirpation des carcinösen Uterus. (Ibid. 1883, № 8). Ref. folgt.

W. Sutugin: Zur Frage über die acute Leberatrophie bei Schwangeren. (Wr. №№ 19 u. 20).

J. Wislocki: Zwei Fälle von angeborener Verwachsung (?) der Scheide bei Gebärenden. (Gaz. lek. № 7). Zwei recht ungenau beschriebene Fälle, wo man wohl einen Zweifel über das Angeborensein zweier vermeintlichen Verwachsungen — (Autor meinte wahrscheinlich congenitale Verengerungen) — der Scheide hegen kann.

Arzneimittellehre, Toxikologie.

Nothnagel und *Rossbach*: Pharmakologie. Uebersetzt unter der Redaction der «Gazeta lekarska». — Warschau 1883.

M. D. Wasowicz: Pharmakognosie. Erscheint in Heften. 8°. — Lemberg 1883 und 1884.

Dobrzycki: Ein Fall von acuter Phosphorvergiftung mit den daraus entstandenen und ein Jahr lang bis heute dauernden Folgen. Forts. (Med. № 18).

Derselbe: Kairin. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 610).

Filipow: Sauerstoff und Ozon als Heilmittel. (Aus dem Laboratorium von Prof. Dogiel zu Kasan). Forts. (Gaz. lek. № 18).

Jakowski: Ausserordentliche Empfindlichkeit gegen Jod. (Ibid. № 11). Ausser Schnupfen, Angina und Husten bekam die Kranke noch ein erythematöses Exanthem am ganzen Körper, jedes Mal nach den kleinsten Dosen von Jodkalium.

N. Jakubowitsch: Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Harnstoffs bei verschiedenen Fieberprocessen der Kinder und seinen Einfluss auf die tägliche Menge des von Kindern ausgeschiedenen Harnstoffes, der Harnsäure und des Ammoniak. (Russ. Med. № 15—17). Ref. folgt.

Janowski: Ueber die deprimirende Wirkung der Natronsalze einiger flüchtiger Fettsäuren auf das Nervensystem. (Jesh. kl. Gaz. № 14).

Jaworski: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten von Karlsbader Wasser, neuem Karlsbader Salze, Kissinger Wasser und destillirtem Wasser im Magen. (Pam. Tow. L. Bd. 79).

Morochowez: Ueber Kairin in physiologischer Beziehung. (Med. Obsr. № 9).

M. Poljakow: Zur Pharmakologie des Jodoform. (Russ. Med. № 16). Ref. folgt.

A. Rothe: Paraldehyd, neues hypnotisches und narkotisches Mittel. (Gaz. lek. № 12). Bestätigung der von Morselli und Gugl gefundenen Thatsachen.

H. Swiecicki: Einfluss von Piperidin auf die Scheidencontractionen. (Ibid. № 16). Schlussfolgerung: Piperidin reizt die motorischen Nervencentra der Athmungsorgane, des Herzens und der Vagina.

Derselbe: Einfluss von Aether auf die Contractionen der Scheide. (Ibid. № 11). Ref. folgt.

Wyszynski: Kefir. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 611).

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden etc.

E. Brussilowski: Der Andrejew'sche (Kujalniz'sche) Liman bei Odessa. — Odessa 1884.

W. Bujakowski: Der gegenwärtige Zustand und der therapeutische Werth der Heilquellen von Druskieniki. — Warschau 1884. 8°. p. 15.

M. Herts: Der Curort Teplitz-Schönau. — G. Düntz. — St. Petersb. 1884.

M. Kaufmann: Pathologische Fettleibigkeit und ihre Cur in Marienbad. — Krakau 1884. 8°. p. 44.

J. Lebedew: Die Seebäder am Südufer der Krim. — Jalta 1883.

St. Smolenski: Hydrotherapie. — Krakau 1884. p. VIII + 185.

T. Szczepanski: Bericht über die Krankenbewegung in der Badeanstalt zu Zegiestow während der Saisonzeit im Jahre 1883. — Krakau 1884.

E. Levis: Ein neuer (zerlegbarer) Apparat zur Behandlung mit heisser Luft. (Wr. № 17).

J. Potechin: Analyse der Bolsche-Bojarski-Quellen im Gouv. Perm, Kreis Irbit. (Dnewnik Kas. Ob. Wr. № 5). Diese Quelle gehört zur Gruppe der schwachen doppeltkohlensauren Eisenwasser.

P. Putilow: Ein Lehnstuhl mit beweglichen Lehnen zur Ausführung künstlicher Athmung. (Ibid. № 6). Von den bekannten B. Schulze'schen Manipulationen zur Belebung Scheintodter ausgehend, hat P. in Omsk einen Lehnstuhl construiren lassen, um bei Scheintodten, Ertrunkenen, Erhängten etc. künstliche Athembewegungen zu erzeugen. Er denkt sich solche Lehnstühle nicht nur auf Rettungsstationen für praktisch, sondern auch in Dörfern, und will sie sogar in Operationszimmern zur Wiederbelebung bei Chloroformintoxicationen verwandt wissen.

Referat über die der balneologischen Section der Krakauer medicinischen Gesellschaft vorgestellte und von *Olszewski* ausgeführte chemische Analyse zweier Schwefelquellen in Swoszowice. (Prz. lek. № 18).

Schtscherbakow: Der Schlamm in Ssaki. V. (Med. obsr. № 8, 9).

Militair- und Schiffsmedicin.

K. Antonow: Hat die Kopfbedeckung einen Einfluss auf die Sicherheit des Schiessens? (Wojenn. Ssanit. D. № 17). Schluss.

J. Lewitski: Einige Fälle traumatischer Läsionen des Trommelfelles bei Schiessübungen der Artillerie. (Ibid. № 17 Forts. u. 18).

J. Mitropolski: Unterjacke oder Halbpelz. (Ibid. № 18).

A. Ssudakow: Ueber die Behandlung der dem Officiers-Stande angehörenden Militärpersonen auf den Sanitätsstationen. (Ibid. № 18). Schluss.

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

Blumenstok: Gerichtlich-medicinische Gutachten der medicinischen Facultät der Jagielloner Universität. XII,. Mord. Zweifelhafter Geisteszustand des Mörders. (Prz. lek. № 12).

Heyman: Simulirte Taubheit. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 182).

Schaitter: Zweifelhafte Priorität von drei Todesursachen. Beitrag zur gerichtlich-medicinischen und sanitätspolizeilichen Casuistik. (Med. № 16). — Ob der Tod nach multiplen Körperverletzungen: in Folge 1) der Blutung in die Schädelhöhle, 2) eines Halsschnittes, oder 3) durch die Zerquetschung des Thorax erfolgte?

Hygiene.

Sander's Handbuch der öffentlichen Hygiene in's Russische übersetzt von K. Kowalkowski unter der Redaction von Prf. A. Dobroslawin. — J. Bilibin. — St. Petersburg 1884.

Leontjew: Eine wichtige Entdeckung auf dem Gebiete der Pockenimpfung. (Wojenn. Ssanit. D. № 17, 18). Handelt über Quist's Entdeckung künstlicher Vaccinezüchtung.

Markiewicz: Bericht über die hygienische Ausstellung in Berlin. (Med. № 1).

L. Nencki: Ein Project zum Reglement über die Ernährung in den Krankenhäusern von Warschau. (Gaz. lek. № 10 u. ff.).

Polak: Ueber die Leichenverbrennung. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 606).

J. Potechin: Wasser-Analysen aus dem Gouv. Tobolsk, Kreis Ssemipalatinsk, Ssemiretschinsk und Syr-Darja, längs der Etappenstrasse. (Dnewn. Kas. Ob. № 7 ff.).

Strzeszewski: Vergleichung des Nährwerthes von Rindfleisch, Hülsenfrüchten und Glutin. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 1 und 296).

J. Swiecianowski: Seine Arbeiten auf dem Gebiete der Hygiene. (Med. № 16, 17). Beschreibung der von Sw. erfundenen Desinfectionskammer und Kritik aller bisher üblichen Methoden, insbesondere aber der in Berlin functionirenden Kammer.

D. Weliczkowski: Zur Lehre von Durchgängigkeit des Bodens für Luft. Aus dem hygienischen Laboratorium des Prof. Pettenkofer in München. (Wr. №№ 19 u. 20).

T. Zulinski: Ueber den Einfluss des Tabakrauches auf den menschlichen und thierischen Organismus. (Prz. lek. №№ 1, 2, 3, 5, 6, 8—11). Ref. folgt.

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

Bericht des Medicinal-Departements des Ministeriums des Inneren für das Jahr 1881. — St. Petersburg 1884.

W. Afonassjew: Analyse der Sterblichkeitsziffern im Nikolai-Militär-Hospital. (Russ. Med. № 17).

Jahresbericht über die Thätigkeit der Hospitäler in Warschau für das Jahr 1883. (Med. № 7—9).

J. Majkowski: Medicinischer Jahresbericht für das Jahr 1883 über die Thätigkeit der Heilquellenanstalt in Busko. (Ibid. № 10).

J. Polak: Beitrag zur Statistik der Bevölkerungsfluctuation in Warschau. (Gaz. lek. № 16).

A. Sokolowski: Beitrag zur Hospitalstatistik. (Ibid. № 12). Bericht über die Krankenbewegung im Heil. Geist-Hospital in Warschau für das Jahr 1883.

Medicinal- und Sanitätspersonal.

St. Kosminski: Lexicon der polnischen Aerzte; enthält ausser den Biographien von Polen und Ausländern die in Polen prakticirten, auch die sorgfältig zusammengestellte polnische medicinische Bibliographie von den ältesten bis zu den letzten Zeiten, verfasst von St. K., Mitglied und Bibliothekar der Warsch. Med. Gesellsch., Mitglied der Wilnaer Med. Ges. — Warschau. 1883.

D. Kurbatow: Bemerkungen zu Schidlowki's Vortrag «sind Feldscheerer nöthig»? (Dnewn. Kas. Ob. Wr. № 6).

J. Polak: Ueber den ärztlichen Stand in England. (Prz. lek. № 1).

K. Schidlowski: Sind Feldscheerer nöthig? (Dnew. Kas. Ob. Wr. № 5).

Vermischtes.

A. Krajewski: Skizze der allgemeinen Therapie der Gegenwart. Oeffentliche Vorlesung gehalten im Charkow'schen Veterinär-Institut am 9. Nov. 1883. — Cherson 1884.

J. Boquin: Die französischen Hospitäler. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 196).

Holowinski: Die geometrische Erklärung der sphygmographischen Wellen. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 756).

Ilgowski: Medicinische Correspondenzen aus den Westprovinzen in Russland. (Prz. lek. № 9. 10. 13).

Lubelski: Congress der Naturforscher in Genf. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 174).

Mittheilungen aus den Verhandlungen medicinischer Vereine: d. Gesellsch. russ. Aerzte in St. Petersb., der Gesellsch. Kalugascher Aerzte. (Russ. Med. № 15 u. 17).

Max Nordau: Medicinische Briefe aus Paris. Correspondenz. (Med. № 14).

A. Podres: Die Bedeutung und die Mittel der Endoskopie der Urogenitalorgane. (Russ. Med. № 13, 15 u. 16).

J. Polak: Ueber das Krankenhaus für Schwindsüchtige in Brompton (London) und die Behandlungsmethode in dieser Anstalt. (Gaz. lek. № 12). (Correspondenz).

Protokolle der sanitären Commission der Warschauer Medicinischen Gesellschaft über 1) die Frage der Ventilation der Familiengräber; 2) das chemische Laboratorium an den Warschauer Hospitälern; 3) Vorschläge für die Aeltern, Schulobrigkeit und Aerzte um der Verbreitung der contagiösen Krankheiten in den Schulen vorzubeugen. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 175, 199, 597).

Rajchmann: Ein Modell der neuen Magensonde. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 353).

Sitzungsprotokolle der Warschauer Medicinischen Gesellschaft im Jahre 1883. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 31, 51, 77, 161, 341.)

K. Wroblewski: Martin von Urzedow und sein Herbarium. (Pam. Tow. L. Bd. 79, p. 65.)

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den **Central-Annoncen-Expeditionen in Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschienen:

Die Verhütung
der
Augenentzündung der Neugeborenen
(Ophthalmoblennorrhoea neonatorum)
der häufigsten und wichtigsten Ursache der Blindheit.
Von
Dr. **Carl S. Credé,**
Geheimen Medicinalrath und Professor.
gr. 8. 1884. Preis 1 M. 80 Pf.

Gynäkologische Mittheilungen
von
Dr. Ernst Bidder und Dr. Alfred Bidder
Prof. in Petersburg. in Berlin.
Mit einer lithographischen Tafel. 1884. gr. 8.
Preis 2 M. 130 (1)

Inhalt: I. Ueber Vorder- und Hinterscheitellagen. Mit einer Tafel von E. Bidder. **II. Zwei durch die Art der Rückbildung resp. Heilung bemerkenswerthe Fibromyome des Uterus bei zwei Schwestern** von A. Bidder.

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.
Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Jahrbuch der praktischen Medicin.
Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Dr. **Paul Börner**
in Berlin.
Jahrgang 1884. II. Hälfte.
8. Preis 9 M. 40 Pf. 128 (1)
Preis des compl. Jahrgangs 15 M. 40 Pf.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien: 129 (1)

Handbuch
der
ARZNEIMITTELLEHRE
von
Dr. H. Nothnagel, und **Dr. M. J. Rossbach,**
Professor in Wien. Professor in Jena.
Fünfte vermehrte Auflage.
1884. gr. 8. XX. 916 Seiten. 18 M.

Wasser-Heilanstalt RUDOLFSBAD
in Reichenau (Niederösterreich)
an der Südbahnstation **Payerbach**, 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrliche, von allen Seiten geschützte Lage, in einem der schönsten Alpenthäler Niederösterreichs (476 Meter über dem Meere), ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge, der seit 17 Jahren bestehenden Anstalt; in welcher auch Kranke, die nur einer **klimatischen Cur** bedürfen, Aufnahme finden. **Beginn der Saison am 1. Mai** für **Wasserkuren, Electricität** und **Massage.** Eröffnung der **Trinkhalle** für **Molke, Milch** und aller Sorten frischgefüllter **Mineralwässer** am **15. Mai** und des **Voll- und Schwimmbades** (16 bis 18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) am **1. Juni.** Prospecte werden durch die Cur-Inspection auf Verlangen gratis zugesendet. Nähere Auskünfte ertheilen:
Dr. Ferdinand Siegel Curarzt. 131 (3) **I. M. Waissnix Erben** Eigenthümer.

Dr. med. Hinze
wohnt jetzt: Catharinencanal 95, Qu. 1.

Въ книжномъ магазинѣ К. Л. РИККЕРА, С.-Петербургъ, Невскій, № 14,
поступили въ продажу:

Минеральныя воды, грязи и морскія купанья
въ Россіи и заграницей. Классификація, химическій составъ, физіологическое дѣйствіе и показанія къ употребленію; путеводитель по лечебнымъ мѣстностямъ Льва Бертенсона и Николая Воронихина. 2-ое совершенно переработанное и значительно дополненное изданіе. 3 р., въ переплетѣ 3 р. 50 к., за перес. — 40 к.

KEFIR oder KAPIR.
Echter Kumyss aus Kuhmilch.
Eine kurze Anleitung zu seiner Bereitung und Verwendung als Heilmittel für Kranke.
Von **W. N. Dimitrijew.**
praktischem Arzte in Jalta (Krim).
Mit Erlaubniss des Verfassers ins Deutsche übertragen von **Eug. Bothmann.**
1884. Preis 50 Kop., mit Versendung 60 Kop.

КЛИМАТИЧЕСКІЯ УСЛОВІЯ
Павловска и его окрестностей
въ особенности
въ лѣтнее время.
Составилъ на основаніи наблюденій Павловской обсерваторіи **О. Я. Мецъ.**
1883 Preis 25 Kop. mit Versendung 35 Kop.

30 **Kurort Ober-Salzbrunn** 16
Schlesien.
Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc.** — **Saison** im Kurort vom Anfang Mai bis Ende September. — **Versendung** des **„Ober-Brunnens“** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens“ **zu jeder Zeit.** **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.**

ULRIKASBORGER
Seebäder und Mineralwasser
bei Helsingfors. 124 (1)
in Brunnspark nahe der Stadt, an den malerischen Ufern des Meeres gelegen, zeichnen sich durch reine und gesunde Seeluft aus.

Warme Seebäder, hydrotherapeutische Behandlung, medicinische Gymnastik und **Massage-Curen** — beginnen den 20. Mai; — **kalte Seebäder** im Juni.

Mineralwasser aller Arr; möblirte Villas wie einzelne Zimmer sind im Park selbst zu haben. Restauration, Table d'hôte, Lesekabinet. Communication mit St. Petersburg per Dampfboot und Eisenbahn (Tag- und Nachtzüge). Näheres in der **Direction des Brunnsparks.**

РЕДАКЦІЯ
Календаря для врачей
покорнѣйше проситъ гг. **петербургскихъ и московскихъ врачей** доставить свои адресы съ обозначеніемъ спеціяльности и часовъ пріема больныхъ въ книжный магазинъ **К. Л. Риккера,** въ С.-Петербургъ. Невскій просп., № 14.

РЕДАКЦІЯ
Календарь для врачей
покорнѣйше проситъ гг. **содержателей лѣчебныхъ заведеній, оптиковъ, механиковъ, мастеровъ хирургическихъ нниструментовъ, бандажистовъ, дрогистовъ и т. д. доставить свои адресы для помѣщенія въ календарь на 1885 годъ.**

Адресовать въ книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій проспектъ № 14.

Изданія
книжнаго магазина К. РИККЕРА,
С.-Петербургъ, Невскій № 14.

Учебникъ психіатріи,
составленный на основаніи клиническихъ наблюденій для практическихъ врачей и студентовъ, Докторомъ Крафтъ Эбингомъ. Перев. Ал. Черемшанскаго съ примѣчаніями переводчика и дополненіями къ нѣкоторымъ статьямъ, сдѣланными проф. И П. Мержеевскимъ, 3 тома. 5 р. 50 к., съ перес. 6 р.

Руководство къ зубоврачебной наукѣ
Д-ра Д. С. Леви. Съ 113 рисунк. въ текстѣ. 1 р. 20 к., въ перепл. 1 р. 70 к., за перес. — 20 к.

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller

Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (9)

Der Besitzer:

Andreas Saxlehner, Budapest.

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

10 (4)

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w. Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

---

74 **Heilanstalt** für (6)

NERVENKRANKE

zu Bendorf am Rhein.

Geeignet für Rückenmarkskr., Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, Reconvalescenten etc. **Mod. — langsame Morphium-entziehung. Wasserkur. Elektrotherapie. Dr. Erlenmeyer.**

STOTTERER

finden gründl. Heilung in der Anstalt von **Rudolf Denhardt** in **Burgsteinfurt.** Prospect u. Abhandl. gratis. Heilverf. neu, mehrm. d. Orden etc. staatlich ausgez. Freundl. Aufnahme. Sich. u. schnell. Erfolg. Honorar nach der Heil. Gartenlaube Jahrg. 1878 № 13 und 35. 1879 № 5. 114 (2)

Teplitz, Böhmen.

Operateur **DR. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen.**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**" durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** zu beziehen. 113 (8)

SEE- UND SOOLBAD COLBERG.

Eisenbahnstation; Badefrequenz 1883: 6256 Gäste, der einzige Curort der Welt, der gleichzeitig See- und natürliche Soolbäder bietet. — Grösster Ozongehalt der Luft. Starker Wellenschlag. Soolquellen nach Prof. Woehler 5% gehören zu den kräftigsten Badesoolen; Badeeinrichtungen vortrefflich; auch warme Seebäder und Moorbäder. Waldungen und reizende Parkanlagen **unmittelbar am Meere** umschliessen die Badewohnungen. Eine breite offene Wandelbahn führt vom Strandschloss — dem Curhause — ins Meer hinaus. Eine breite Promenade auf der Höhe der Düne ist neu geschaffen, desgleichen eine die ganze Südseite des grossen Concertplatzes abschliessende Glasveranda (Strandhalle) mit voller Aussicht auf die See, über 1000 Personen fassend. Solide Miethpreise; gute Hôtels; grösster Comfort; zahlreiche Vergnügungen; Lesehalle; vorzügliches Theater; Rennen des Pasewalker Reitervereins. Eisenbahn-Saisonbillets. Wohnungen weist das Polizeibureau Colbergermünde unentgeltlich nach. Prospecte, Pläne übersendet bereitwilligst P. 118 (2) **Die Bade-Direction.**



Mattoni's Giesshübler

P. 109 **REINSTER ALKALISCHER SAUERBRUNN.** (9)

Bestes Tisch- und Erfrischungs - Getränk,

erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen- und Blasen-Catarrh.

Preis per Flasche 40 Kop.

In Kisten von 50 Fl. mit Zustellung ius Haus 18 Rbl.

HEINRICH MATTONI, Karlsbad (Böhmen).

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Lager: bei **Alexander Wenzel, St. Petersburg,** Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig** in **Moskau,** Stoleschnikow-Per., H. Nikiforow.

CURORT TARASP-SCHULS.

Engadin. 4000 Fuss über Meer. **Schweiz.**

Eröffnung der Saison: in Schuls und Vulpera am 1. Juni; im Curhaus Tarasp am 15. Juni.

Nächste Bahnstation: Landeck in Tyrol, von dort nach Tarasp-Schuls in ca. 8 Stunden Fahrt ohne Bergpass.

Kurmittel:

1) Kräftigste alkalisch-salinische oder Glaubersalzquellen, welche die wirksamen Bestandtheile von Karlsbad, Kissingen, Marienbad und Vichy enthalten, diese aber an fixen Substanzen und an Kohlensäuregehalt weit überragen.

2) Verschiedenartige, alkalisch-salinische und einfache Eisensäuerlinge.

3) Alkalische und Stahlbäder mit vorzüglichem, neuem Systeme der Erwärmung. Beide Arten Bäder im Kurhause; in der Badehalle Schuls Stahl-Bäder.

4) Die bedeutende aber geschützte Höhenlage bedingt die *gleichzeitige Einwirkung des belebenden* und *kräftigenden alpinen Klima's, ein eminenter therapeutischer Vorzug, welchen Tarasp-Schuls gegenüber allen alkalischen Quellen Europa's allein besitzt.*

Kurhaus Tarasp nahe der Trinkhalle, in besonders geschützter und windstiller Lage mit eleganter Villa-Dépendance. In Schuls die Hôtels Alt- und Neu-Bellevédère; Hôtel de la Poste und Hôtel Könz; in Vulpera die Hôtels: Steiner, Waldhaus (früher Moos), Gebr. Pinösch, propr., Conradin, Tell, Vanoss. — Unterkunft für tausend Kurgäste; Möglichkeit nach jeder Börse zu leben; Preise je nach Ansprüchen. Kurärzte: Dr. Ed. Killias, Dr. J. Pernisch, Dr. O. à Porta.

General-Wasserdépôt: Eisenbahnstation Landquart bei Chur. Wasserdépôt für Russland: Stoll & Schmidt in St. Petersburg. Tarasper-Pastillen und Tarasper-Salz, aus der Luziusquelle erstellt bei Apotheker Boisot in Schuls. 59 (1)

Engadin. Curort St. Moritz. Schweiz.

(St. Moritz-Dorf, 1856 M. ü. M.; St. Moritz-Bad, 1769 M. ü. M.)

Dauer der Saison

für blosse Trink- und für klimatische Curen von Anfangs Juni bis Ende September.

Eröffnung der Bäder: Mitte Juni.

Der dermalen weltberühmte Curort St. Moritz liegt in der Mitte des Oberengadins, des schönsten Höhenthales Europa's. Gegenüber allen anderen Badeorten steht er als ein Unicum da, weil er in höchst glücklicher Weise mit sehr reichhaltigen und äusserst wirksamen Eisensäuerlingen, welche den besten derartigen Quellen ebenbürtig sind, den unschätzbaren therapeutischen Vortheil eines in Europa an stärkender und anregender Wirkung unübertroffenen, hochalpinen Klimas vereinigt. — Als gemeinsames Resultat dieser beiden mächtigen Heilfactoren weist der Curort eclatante und vorzügliche Heilerfolge auf bei: Chlorosen, Anämien, Nervenkrankheiten, allgemeiner Nervosität, Schwächezuständen der Sexualorgane, Frauenkrankheiten, atonischer Dyspepsie und Atonie des Darmes u. s. w. — Nächste Eisenbahnstationen: **Chur** in der Schweiz, **Como** in Italien, **Landeck** in Tirol.

Die vorzüglichsten Hôtels sind: In **St. Moritzdorf**: Engadiner-Kulm, Hôtel Beau-rivage, Hôtel C. Badrutt, Hôtel und Pension Suisse. In **St. Moritz-Bad**: Curhaus, Hôtel Victoria. Hôtel du Lac, Hof St. Moritz, Hôtel Engadine, Hôtel Bellevue. M. 80 (2)

Die geehrten Abonnenten werden auf den dieser № beigelegten Prospect «**Wreden's Sammlung medic. Lehrbücher**» aufmerksam gemacht.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 8 Іюня 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie.
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 7 JULI 1884

Abkürzungen.

Prot. F. M. O. Mosk. — Protokoly fisiko-medicinskawo obschtschestwa pri Moskowskom Universitete. (Protokolle der physiko-medicin. Gesellschaft bei der Moskauer Universität).

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Missbildungen etc.

Tillaux: Handbuch der topographischen Anatomie. Lief. VII. In's Russische übersetzt und mit Anm. versehen unter der Redaction von Prof. A. S. Tauber. — C. Ricker. St. Petersburg 1884.

Adamkiewicz: Ueber den neuen Stoff in den Nervenfasern (substantia chromoleptica), und über die Doppelfärbung des Rückenmarkgewebes. Vortrag, gehalten in der Sitzung der Academie der Wissenschaften in Wien am 6. März 1884. (Med. № 23.)

Bechterew: Theorie über die Bildung unserer Vorstellungen im Raume. (Westn. Psich. Mersh. II, 1.)

J. Chainowski: Der Einfluss des barometrischen Druckes auf die Temperatur des Blutes bei Kindern. (Prot. F. M. O. Mosk. 1882/83.)

L. S. Minor: Neue Untersuchungen über die Functionen des Gehirns bei Säuglingen. (Ibidem. 1882/83.)

Swiecicki: Ueber die Innervation einzelner Abschnitte der Scheide beim Kaninchen. (Gaz. lek. № 23.)

W. Ulrich: Bestimmung der Wassermenge in der Exspirationsluft. (Russ. Med. № 19). Ref. folgt.

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre).

M. Afonassjew: Ueber die Mikrokokken der croupösen Pneumonie. Vorläufige Mittheilung aus dem pathol.-anatom. Laboratorium des Prof. Cornil in Paris. (Wr. №№ 22 u. 23.)

Pacanowski: Diazobenzolsulfosäure als Reagens auf die Peptone im Harne. (Gaz. lek. № 19.)

N. Sljunin: Versuche künstlicher Verdauung, mit neuen Conserven angestellt. (Med. Prib. Morsk. Sborn., Juni). Referat folgt.

A. Wolyzin: Fliegenlarven in der Nasenhöhle (bei einer 35jährigen Bäuerin, die betrunken im Freien geschlafen). (Wr. № 23.)

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

Bechterew und *Rosenbach:* Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach vorhergehender Durchschneidung der Nervenwurzeln. (Westn. Psich. Mersh. II, 1.)

A. Fabian: Hämoglobinämie und Hämoglobinurie. (Gaz. lek. № 23 u. ff.)

S. Jakowlew: Ein Fall von vollständiger Verwachsung der linken Carotis und Verengerung der linkseitigen Subclavia in Folge von Arteriosklerosis. Aus der Klinik des Prof. Koschlakow. St. Petersburg. (49jähriger verabschiedeter Soldat, der den grössten Theil seines Lebens dem Trunk ergeben gewesen, litt an Husten, Dyspnoe, Ascites; bekam 1 Jahr vor seinem Tode rechtseitige Totalparalyse nebst Sprachlähmung. Die Section ergab die im Titel genannten Veränderungen und mässige Lebercirrhose). (Wr. № 24.)

A. Kahan: Blutdruckmessungen bei Hungernden. Aus dem Laboratorium des Prof. Paschutin. (Russ. Med. № 18 u. 19). Ref. folgt.

T. N. Tarnowski: Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Dehnung des Ischiadicus. (Westn. Psich. Mersh. II, 1.)

Tschaschnizki: Ein Fall von ausserordentlich langsamem Pulse. (Russ. Med. № 19). Bei einer an croupöser Pneumonie erkrankten 38jährigen Bäuerin constatirte T. trotz der hohen Fiebertemperatur einen ungewöhnlich langsamen Puls und Herzschlag: nur bei einer Körpertemperatur von über 40° stieg die Zahl der Pulsschläge auf 60, mit dem Abfall der Temperatur nahm auch die Zahl der Pulsschläge ab, so dass bei einer Temperatur etwas unter 37° der Puls 40 war und bis zur Entlassung der Pat. gleich langsam blieb. Krankhafte Veränderungen am Herzen wurden nicht constatirt.

A. Wigandt: Ein Fall von ungewöhnlich grossem Divertikel der Harnblase. (Med. Westn. № 25.)

Innere Medicin.

A. Gluzinski und *W. Jaworski:* Nener Beitrag zur Untersuchungsmethode des Magens. Aus dem Laboratorium der therapeutischen Klinik von Prof. Korczynski in Krakau. (Prz. lek. № 18, Schluss). Ref. folgt.

S. Karst: Ueber Tuberculose als Infectionskrankheit. (Med. Prib. Morsk. Sborn., Juni und Juli).

W. Kernig: Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Meningitis. (Wr. № 26 und 27).

K. Koltschewski: Alaun als Surrogat des Chinins bei Behandlung des Intermittens. (Ibidem № 25). — (K. versuchte das Mittel bei 22 Soldaten im Gouv. Wolhynien, erhielt aber nur 2mal Erfolg).

A. Lipski: Bericht aus der Diphtherie-Abtheilung des Prof. Tschudnowski. (Russ. Med. № 20—23.)

A. Morosow: Ein neues Mittel gegen Magenkatarrh. (Ibidem № 19). Verf. empfiehlt als ein einfaches und sicheres Mittel folgendes Getränk: Aus gemahlenem Gerstenmalz wird mit Zusatz einer geringen Menge von Roggenmehl Brod gebacken, von welchem kleine Stücke in einem Kruge mit kochendem Wasser übergossen werden. Nach 2 Stunden ist das Getränk, das jeden Tag frisch bereitet werden muss, zum Gebrauch fertig.

Ott: Ueber den Einfluss von Kochsalzlösung-Infusionen auf den blutleeren Organismus und Vergleichung dieser Wirkung mit der anderer zur Transfusion benutzter Flüssigkeiten. (Wojenn Med. Sh., April. Schluss).

A. G. Zitrin: Eis gegen Uebelkeit und Erbrechen. (Med. Westn. № 25).

Chirurgie.

Rydygier: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 3 Bde. 6 Hefte mit zahlreichen Holzschnitten. Culm a./W. 1884.

M. Afanassjew: Ueber eine neue Methode der directen Bluttransfusion. Benutzung durch Peptoneinwirkung veränderten Blutes. Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium für experimentelle Pathologie des Prof. Vulpian in Paris. (Wr. №№ 24 und 26).

Andion: Der Jodoformverband im Vergleich zum Listerverband. (Prot. Chark. Ob. 1883. Beilage).

Diatroptow: Ein verschlucktes Tischmesser. (West. Sud. Med. Th. II. 1884).

Derselbe: Fissur des rechten Schläfenbeins mit 2 freien Splittern. — 60 Stunden Leben nachher ohne Gehirnerscheinungen. (Ibidem).

Dobieszewski: Kritische Bemerkungen über die Anwendung der Glühhitze in d. Medicin nach Mosetig-Moorhof (Wien). (Medyc. № 24 und 25).

G. Grube: Die Indicationen zur Carotis-Ligatur. (Prot. Chark. Ob. 1883 № 5).

Kadenazi: Beobachtungen eines Chirurgen des 67. temporären Kriegshospitals der Donauarmee im Kriege von 1877—1878. (Wojenn. Med. Sh. April. Schluss).

Maszkowski: Ein Fall von Caries der IX. und X. Rippe complicirt mit acuter Entzündung der Rückenmarksmeningen und Bildung eines Senkungsabscesses im unteren Lobus der rechten Lunge. (Med. № 25).

A. Obalinski: Neuere Indicationen zur Urethrotomia externa. Vortrag gehalten auf d. IV. Vers. poln. Aerzte in Posen. (Prz. lek. № 15 und ff). Ref. folgt.

A. S. Parzewski: Ueber operative Behandlung eitriger Peritonitis. (Prot. F. M. O. Moskau 18821/883).

P. Pokrowski (Archangelsk): In Anlass des Aufsatzes von Karmilow: «Schätzung der Behandlungsmethoden der nach Knochenfracturen entstandenen Pseud-

arthrosen». (Russ. Med. № 18.) Pokrowski spricht das Recht auf die Autorschaft der neuen Operationsmethode Prof. Nassilow zu.

Rydygier: Neue Methode der Resectio coxae. Vorläufige Mittheilungen aus seiner privaten chirurg. Klinik in Culm. (Gaz. lek. № 20).

Derselbe: Der erste Fall einer Gastro-enterostomie bei Stenose des Zwölffingerdarmes in Folge eines Geschwürs; Heilung. Aus eigener chirurgischer Klinik in Culm. Vortrag gehalten auf dem XIII. chirurgischen Congress in Berlin mit Krankenvorstellung. (Prz. lek. № 19).

Saleshski: Die Knochendrains. (Russk. Med. № 19).

Schramm: Beiträge zur Blutstillung. Aus der chirurg. Klinik von Prof. Mikulicz in Krakau. (Gaz. lek. № 22).

Prof. *Sklifossowski*: Brief an die Redaction in derselben Veranlassung. (Russk. Med. № 18). Prof. Sklifossowski erklärt die Behauptung Prof. Nassilow's (cfr. die bibliographische Beilage № 4 dieser Wochenschr.), dass die unter der Benennung «Russisches Schloss» bekannte Operationsmethode der Pseudarthrose von ihm (Nass.) herrühre, für eine Anmaassung, da nur die Veröffentlichung und der Name der neuen Methode Nassilow gehöre, die Idee dieser Operationsmethode, ihre wissenschaftliche Begründung und Ausführung aber ihm (Sklifossowski), dessen Assistent N. damals war.

Slawinski: Versuche über die Wirkung des Jodoforms auf Wunden. (Prot. Chark. Ob. 1883. Beilage).

R. Trzebicky: Beiträge zur Chirurgie. Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Mikulicz in Krakau. Beitrag zur Localisation der Dermoidcysten. (Prz. lek. № 21 und ff).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

A. Plaskowski: Die Psychiatrie. II. Specieller Theil. (poln.) Warschau 1884 in 8°. S. IX + 689 + CXVIII.

W. Biganski: Beitrag zur Symptomatologie der Sprachkrankheiten. (Amnesia, Alexia et Agraphia verbalis.) (Gaz. lek. № 21). Ref. folgt.

Danillo: Ueber die Fürsorge für die sogen. geisteskranken Verbrecher. (Westn. Psich. Mersh. II. 1.)

S. Goldflam: Existirt die «Paralysis spinalis spastica» (Erb) «Tabes dorsalis spasmodica» (Charcot) als eine selbständige nosologische Form? (Gaz. lek. № 19).

Greidenberg: Zur Symptomatologie der primären Verrücktheit. (Westn. Psich. Mersh. II 1). Ref. folgt.

M. Lunz: Ein Fall von Hysterie. Heilung nach Anwendung der Metallotherapie. (Russ. Med. № 20).

Rosenbach: Die Pathogenese der Epilepsie. (Westn. Psich. Mersh. II. 1). Ref. folgt.

Derselbe: Ueber die, der Lepra eigenthümlichen, neuropathologischen Erscheinungen. (Ibidem). Ref. folgt.

Sikorski: Ueber die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins. (Ibidem). Ref. folgt.

G. Turmer: 1 Fall von Heilung einer hartnäckigen Neuralgie des N. ulnaris durch Injectionen von Ueberosmiumsäure. Aus dem Ambulatorium des Alexander-Vereines der Schwestern des rothen Kreuzes. (Wr. № 24). Ref. folgt.

A. Wigandt: Cholesteatoma cerebelli. (Med. Westn. № 24).

Winogradow: Ein Fall von acuter Epilepsie. (Russ. Med. № 19).

Hautkrankheiten.

Jablonowski: Medicinische Casuistik aus der Türkei. Fortsetzung. (Ibidem № 20 und 23, Fortsetzung.) Enthält nicht uninteressante Notizen über das Wesen und Verbreitung sowie die Therapie der in Klein-Asien endemischen unter dem Namen Bouton d'Alêpe bekannten Erkrankung. Ausserdem beschreibt der Verf. recht ausführlich die Einrichtung des Asyls für lepröse Kranke in Silvam (Cedronthal); sowie die Symptome und die Verbreitung der Lepra in Klein-Asien. Nach seinen Erfahrungen kommt Lepra ausschliesslich unter der Landbevölkerung vor und zwar nur, wie es auch Dr. Lewy notirte, in der Secte der Ismaeliten, welche sich durch faule und sorglose Lebensweise auszeichnen soll. In Uferstädten Syriens kommt Lepra nicht vor (?).

M. Kisselew: 1 Fall v. Vitiligo nervösen Ursprunges. (Wr. № 23).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

J. Glasunow: Zinkoxyd bei venerischen Geschwüren. (Wr. № 22). Anknüpfend an den Artikel O. Petersen's über die Anwendung des Magist. Bismuthi bei den genannten Geschwüren theilt G. mit, dass er in einem Hospital in Taschkent mit Zinkoxyd vorzügliche Resultate erhalten hat.

J. Kosmowski: Zur Aetiologie und Therapie der venerischen Bubonen. (Russ. Med. № 16—20.)

A. Schustow: Ein Fall v. Epilepsia syphilitica. (Russ. Med. № 20). Bei einem notorisch syphilitischen Manne traten epileptische Anfälle auf. Es wurde als Ursache ein Osteophyt an der Vereinigungsstelle des Stirnbeins und der Scheitelbeine constatirt, mit dessen Verschwinden nach einer antisyphilitischen Cur auch die Anfälle aufhörten.

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

W. P. Bobin: Zur Casuistik der Erkrankungen der Kinder. (Prot. Chark. Ob. 1883. Beilage).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

G. Denissenko: Ophthalmia albuminurica v. ödematosa. Probevorlesung. Moskau 1884.

J. Ognew: Die histologische Entwickelung der Retina. Inaug.-Diss. Moskau 1884.

N. Sheglinski: Die Bewegung der Pupille. Experimentelle Studie. Inaug.-Diss. Kasan 1884.

Awsitidiski: Sublimat bei Augenkrankheiten. (Russ. Med. 19).

W. Dombrowski: Ueber Verschiedenheit d. Farbensinnes. (Westn. Oft. Chod. Heft 3).

A. Dogel: Ueber den Bau der menschlichen Retina. (Ibid.)

S. Fialkowski: Angioma cavernos. venos. retrobulb. duplex. (Ibidem).

L. Gordon: Durchwaschung des Mittelohres als therapeutisches Mittel bei einigen Erkrankungen desselben. (Wr. № 25—27).

J. Jegorow: Bericht über 152 Cataractoperationen. (Westn. Oft. Chod. Heft 3).

F. Jewezki: Ein Fall von Ektasie des Siebbein-Labyrinthes. (Ibidem).

Derselbe: Ueber eine noch nicht beschriebene Anomalie des venösen Netzhautpulses. (Ibidem).

M. Reich: Einige Worte über Blinde im Allgemeinen, und speciell im Kaukasus. Vortrag gehalt. in d. Kais. Kaukas. med. Ges. (Prot. Kawk. Ob. 1883/1884.)

Geburtshülfe, Gynäkologie.

W. Th. Snigirew: Die Gebärmutterblutungen, ihre Aetiologie, Diagnose und Therapie, mit Darstellung der Untersuchungsmethode der weiblichen Sexualorgane. — Mit 44 Abbildungen und 3 Tabellen. Moskau 1884.

Agafonow: Geburt von Drillingen, diagnosticirt bereits vor der Entbindung. (Russ. Med. № 18). Die Diagnose auf Drillinge liess sich in diesem Falle vor der Entbindung mit ziemlicher Sicherheit stellen, da 5 grössere Körpertheile einzeln durch die Bauchdecken durchgefühlt werden konnten (2 am Gebärmuttergrunde, 2 unten und 1 an der linken Seite des Bauches) und an drei verschiedenen Stellen des Bauches die Herztöne deutlich gehört wurden, welche unter einander nicht synchronisch waren.

W. A. Dobronrawow: Die Lister'schen Principien in ihrer Anwendung auf die Geburtshülfe. (Prot. F. M. O. Mosk. 1882/1883).

Jerzykowski: Beitrag zur Anwendung des Sublimat in der Geburtshülfe. (Gaz. lek. № 22). Die Anwendung des Sublimates in vielen Wochenbetterkrankungen wurde mit dem besten Erfolge gekrönt; Sublimat ist nach Verf. eins der kräftigsten desinficirenden Mittel. Leider sind dem Verf. auch Vergiftungen vorgekommen, einmal mit tödtlichem Ausgange; so dass Verf. gegenwärtig wieder zur alten Carbolsäurebehandlung zurückgekehrt ist. Verf. sah leichtere Grade der Intoxication sogar nach der Behandlung perinäaler Rupturen mit Sublimat.

Prophylaxis der Wochenbettskrankheiten. Darlegung der Principien und Regeln zur Anwendung der antiseptischen Methode bei Geburten für Hebammen (Prot. F. M. O. Moskau 1882, 1883). Entwurf neuer Vorschriften für die Hebammen, verfasst von der ad hoc eingesetzten Commission der Gesellschaft.

J. Rogowicz: Ueber die Prophylaxe der puerperalen Erkrankungen mit Vorschriften für die Hebammen, wie sie sich bei der Hilfeleistung bei Gebärenden u. Wöchnerinnen verhalten sollen. Vortrag gehalten in der Sitzung des Sanitätscomité der Warschau. med. Gesellsch. (Med. № 21).

J. M. Ssyromjatnikow: Ueber die radicale Heilung des Uteruskrebses. (Prot. F. M. O. Moskau 1882/1883).

W. Sutugin: Ueber die Methoden und Indicationen der Laparatomie nebst Beschreibung eines Falles von Exstirpation des ganzen Fruchtsackes mit reifer Frucht bei extrauteriner Schwangerschaft. Aus d. gynäkolog. Baracke des Roshdestwenski Hospital. (Wratsch № 25 und 26).

H. Swiecicki: Beitrag zur Aetiologie des vorzeitigen Absterbens des Foetus. (Gaz. lek. № 21). Ref. folgt.

W. Tipjäkow. Ueber die Verwendung der Elektricität in der geburtshülflichen Praxis. Aus der geburtshülfl. Klinik des Prof. Makejew in Moskau. (Wr. № 24 und 25). Ref. folgt.

Derselbe: Die Antiseptik in der Geburtshülfe. (Ibid. № 26). Ref. folgt.

Weber: Zur Aetiologie der Hämatocele periuterina. (Russ. Med. № 20 und 21). Ref. folgt.

Arzneimittellehre, Toxikologie.

N. Golubow: Drei Beobachtungen über die Wirkung des Kaïrin. (Prot. F. M. O. Mosk. 1882—1883).

W. Jaworski: Ueber die therapeutische Anwendung des neuen Carlsbader Salzes und dessen Verhalten im Darmtractus. Auf Grund klinischer Experimente und Untersuchungen im Laboratorium von Prof. Korzcynski in Krakau. (Prz. lek. № 19 u. ff.) Ref. folgt.

Ignatjew: Ueber die therapeutische Bedeutung des gebrannten Alauns gegen Wechselfieber. (Med. Obsr. № 10).

N. Sassezki: Einige Worte über Antipyrin. (Wr. № 25).

G. Struve: Ueber Kefir. Vorläufige Mittheilung. (Ibidem № 23.) Ref. folgt.

Swiecicki: Ueber den Einfluss von Coniin und einzelner Präparate von Secale cornutum auf die Contractionen der Scheidenmuskulatur. (Gaz. lek. № 25.)

Militair- und Schiffsmedicin.

Jatros (Steinberg): Zur Frage über sanitäre und ärztliche Berichterstattung zur Kriegszeit. (Wojenn. Ssanit. D. № 22.) Schluss.

D. K.: Der Brustumfang der Recruten. (Ibidem № 19.)

A. I. Schtschastny: Aus der Geschichte des Militär-Sanitätswesens zu Ende des vorigen Jahrhunderts. — Aus der Zeit von Suworow's Anwesenheit in Finland 1791/92. (Ibidem № 21, 22.)

D. Ssakowitsch: Zur Feldscheerer-Frage. (Ibidem № 20.)

Derselbe: Die Nahrung des Soldaten in der russ. Armee. (Ibidem № 21.)

Derselbe: Bericht über den sanitären Zustand des 40. kleinrussischen Dragonerregiments für das Jahr 1883. (Ibidem № 22 ff.)

Ssobolew: Ueber die Zahl der zum Militärdienst Untauglichen der 9 letzten Aushebungen, 1876—1883, aus dem Ljubim'schen Kreise. (Ibidem № 22—24.)

A. F. Stefanowitsch: Untersuchungen des Kielraum-Wassers und seine Bedeutung in hygienischer Beziehung. (Wojenn. Med. Sh. April ff.)

K. G. Steinberg: Eine Regiments-Desinfectionskammer. (Wojenn. Sanit. D. № 23).

Staatsarzneikunde.

Blumenstok: Die gerichtlich medicinischen Gutachten der medicinischen Facultät an der Jagielloner Universität. XII. Mord. Zweifelhafter Geisteszustand. (Prz. lek. № 24.) Schluss.

F. Patenko: Mit welcher Waffe war die Verletzung beigebracht? (West. Sud. Med. Th. II. 1884).

Schaitter: Kritische Bemerkungen über den Werth der von Chatin in der Sitzung der Academie der Wissenschaften in Paris vorgestellten Methode einer Entdeckung von Blutflecken nach dem Auswaschen der Kleider. (Prz. lek. № 24.)

Derselbe: Gerichtlich-medicinische und sanitäts-polizeiliche Casuistik. III. — Fall von chronischer Arsenvergiftung. (Med. № 22.)

Zur Frage der hydrostatischen Lungenprobe. (West. Sud. Med. Th. II. 1884.)

Hygiene.

W. W. Larissow: Die Erdhütten als Soldaten-Wohnung in Kriegszeiten. (Wojenn. Med. Sh. April.)

Markiewicz: Ueber die hygienische Ausstellung in Berlin. Correspondenz. (Med. № 19).

Nikolski: Ueber den Sanitätszustand der Schulen der Jekaterinenburgschen Landschaft. (Russ. Med. № 18 u. 19).

M. O. Perfiljew: Die gegenwärtige parasitäre Theorie in ihrer Beziehung zu den Fragen der öffentlichen Hygiene. (Wojenn. Ssanit. D. № 21 ff.)

J. Potechin: Wasser-Analysen aus dem Gouv. Tobolsk, Kreis Ssemipalatinsk, Ssemiretschinsk und Syr-Darja, längs der Etappenstrasse. (Dnewn. Kas. Ob. № 9. Schluss.)

J. Skworzow: Materialien zur Hygiene in Russland. (West. Sud. Med. Th. II. 1884). Schluss.

Epidemien. Epizootien. Infection durch Thiergifte.

Klodzianowski: Cholera in Egypten im J. 1883. (Vortrag gehalten auf der IV. Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher in Posen am 4. Juni 1884). (Prz. lek. № 24 u. ff.)

D. Nikolski: Die Flecktyphus-Epidemie in der Njaseptrow'schen Fabrik im Krassnoufimskischen Kreise im Jahre 1882—1883. (Med. Westn. № 25 ff.)

Tymowski: Auszug aus d. Rapport der englischen Cholecommission im J. 1854. (Med. № 21).

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

Bericht des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern für das Jahr 1881. St. Petersburg 1884.

E. Machek: Statistischer Bericht über die Krankenbewegung in der ophthalmologischen Klinik der Krakauer Jagielloner Universität für die Jahre 1877—1882 und über die während dieser Zeit ausgeführten Operationen. (Prz. lek. № 22 und ff.) Ref. folgt.

Popow: Typhöse Erkrankungen in St. Petersburg im Jahre 1883. (Westn. Sud. Med. Th. II 1884).

W. Sachnowski: Diphtherie und Scharlach in St. Petersburg während 14 Monate. v. 1. Novbr. 1882 bis 1. Januar 1884. (Ibidem).

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit der Bevölkerung Petersburg's im März 1884. (Wojenn. Med. Sh. April).

Ziembicki: Kurze Uebersicht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg im Jahre 1883. (Prz. lek. № 19).

Medicinal- und Sanitätspersonal.

J. Newodnitschanski: Einige Worte über unsere Pharmaceuten. (Med. Westn. № 25.)

Vermischtes.

«Journal» der IV. Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher im Juni 1884. Posen 1884.

Anfrage der Warschauer medicinischen Gesellschaft in Betreff der Frage von der Uebertragbarkeit der Schwindsucht mit einem Schema; gerichtet an alle im Lande prakticirenden Aerzte. (Gaz. lek. № 19).

Bericht über die Sitzungen der Warschauer medicinischen Gesellschaft pro 1. Semester 1884. (Ibidem № 23).

W. S. Bronnikow: Ein Irrigator-Krahn. Ein vom Autor erfundenes Instrument; zu besserem Verständniss der Beschreibung verweist er auf die beigelegten Zeichnungen, welche aber fehlen. (Dnewn. Kas. Ob. № 10).

J. K.: Medicinische Correspondenzen aus Wien. (Med. № 22). Enthält Bericht über die bekannten Beobachtungen von Gauster, die im Wiener «Doctorencollegium» besprochen werden.

Kwasnicki: Referat über die IV. Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher in Posen im Juni 1884. (Prz. lek. № 25 und ff.)

A. Limberg (Zahnarzt): Ueber die Nothwendigkeit höherer Bildung für die Zahnärzte Russlands. Aus den Protokollen der St. Pbg. Gesellschaft der Zahnärzte und Zähne behandelnden Aerzte. L. legt die Verhältnisse der Zahnärzte in verschiedenen Staaten dar und weist auf den ungenügenden Stand der Frage bei uns hin. (Wr. №№ 22—24).

Mittheilungen aus den Verhandlungen medicinischer Vereine: Der Gesellsch. russischer Aerzte in St. Petersb.; der Ges. der Aerzte am rigaschen Militärhospital; d. Vereins Odessaer Aerzte. (Russ. Med. № 18—20).

M. Perfiljew: Der 7. Congress russicher Naturforscher und Aerzte in Odessa. (Schluss). (Meshd. Klin. № 3 1884).

Saxlehner's Bitterquelle

HUNYADI JANOS

durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, sowie erprobt und als vorzüglich geschätzt von medicinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Chalubinski, Kosinski, Szokalski, Brutzer, Virchow, Bamberger, Hirsch, Scanzoni, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Schultze, Wunderlich, Friedreich, Spiegelberg u. A.**, verdient mit Recht als das

Verlässlichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird höflichst gebeten, stets ausdrücklich „Saxlehner's Bitterwasser" zu verlangen. — Brunnenschriften gratis. 23 (6)

Der Besitzer:
Andreas Saxlehner, Budapest.

STOTTERER finden gründl. Heilung in der Anstalt von **Rudolf Denhardt** in **Burgsteinfurt**. Prospect u. Abhandl. gratis. Heilverf. neu, mehrm. d. Orden etc. staatlich ausgez. Freundl. Aufnahme. Sich. u. schnell. Erfolg. Honorar nach der Heil. Gartenlaube Jahrg. 1878 № 13 und 35, 1879 № 5. 114 (1)

---

74 **Heilanstalt** für (4)

NERVENKRANKE

zu Bendorf am Rhein.

Geeignet für Rückenmarkskr., Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, Reconvalescenten etc. **Mod. — langsame Morphium-entziehung. Wasserkur. Elektrotherapie. Dr. Erlenmeyer.**

BAD WILDUNGEN.

Gegen **Stein, Gries, Nieren-** und **Blasenleiden, Bleichsucht, Blutarmuth, Hysterie** etc. sind seit Jahrhunderten als specifische Mittel bekannt: **Georg-Victor-Quelle** und **Helenen-Quelle**. Wasser derselben wird in stets frischer Füllung versendet. — Anfragen über das **Bad**, Bestellungen von **Wohnungen** im **Badelogirhause** und **Europäischen Hofe** etc. erledigt:
Die Inspection der Wildunger Mineralq.-Actiengesellschaft. M. 82 (2)

Soeben erschien: 140 (1)

Praktische Regeln
für
HEBAMMEN.

Preis 20 Kop.

Diese von den Aerzten Reval's herausgegebene kleine Schrift bitte ich die Herren Mediciner in ihrem Wirkungskreis zu empfehlen.
Reval. **Ferd. Wassermann.**

Teplitz, Böhmen.

Operateur **Dr. SAMUELY.**

Specialarzt für **Massage-Curen**

Dessen Abhandlung „**Ueber Massage**" durch Hofbuchhändler **W. Braumüller** in Wien zu beziehen. 113 (4)

Въ Книжномъ Магазинѣ К. Л. РИККЕРА, Невскій проспектъ, № 14
поступили въ продажу:

MASCAGNI, P., ANATOMIA UNIVERSA

XLIV tabulis aeneis juxta architypum hominis adulti accurat. repraesentata, cura ac studio A. V. Berlinghieri, J. Barzelloti et J. Rosini. Pisis 1823—31. Folio. Mit Atlas von 44 colorirten und 44 Erläuterungstafeln in Imp.-Folio in Mappe. (Sehr selten). 250 Rbl.

Минеральныя воды, грязи и морскія купанья въ Россіи и заграницей. Классификація, химическій составъ, физіологическое дѣйствіе и показанія къ употребленію; путеводитель по лечебнымъ мѣстностямъ Льва Бертенсона и Николая Ворониxина. 2-ое совершенно переработанное и значительно дополненное изданіе. 3 р., въ переплетѣ 3 р. 50 к., за перес. — 40 к.

Dr. Kadner's Heilanstalt für innere Krankheiten,

137 **Niederlössnitz bei Dresden.** (11)

Rationelle Behandlung. Comfortables Haus, das ganze Jahr geöffnet. Dirigent früher Assistenzarzt a. d. med. Klinik zu Leipzig. — Prospecte franco und gratis.



Mattoni's Giesshübler

P. 109 **REINSTER ALKALISCHER SAUERBRUNN.** (7)

Bestes Tisch- und Erfrischungs-Getränk,

erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen- und Blasen-Catarrh.

Preis per Flasche 40 Kop.
In Kisten von 50 Fl. mit Zustellung ins Haus 18 Rbl.

HEINRICH MATTONI, Karlsbad (Böhmen).

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen.

Lager: bei **Alexander Wenzel**, **St. Petersburg**, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig** in **Moskau**, Stoleschnikow-Per., H. Nikiforow.

Steiermärkische Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn,

Unter-Steiermark, Südbahnstation Pöltschach.

Berühmter Glaubersalz-Säuerling, Stahlbäder, Kaltwassercur, Molkencur. Haupt-Indication: Erkrankungen der Verdauungsorgane. Comfortabler Aufenthalt. Saison Mai bis October. Prospecte und Wohnungsbestellungen bei der Direction. 52 (1)

Kurort Ober-Salzbrunn

in Schlesien.

Bahnstation (2 Stunden von Breslau). 427 Meter über dem Meere; mildes Gebirgsklima, hervorragend durch seine alkalische Quellen ersten Ranges, durch seine grossartige Molkenanstalt (Kuh-, Ziegen-, Schafmolke resp. Milch, **Eselinmilch**), fortdauernd und erfolgreich bestrebt, durch Vergrösserung und Verschönerung seiner Anlagen, der Badeanstalten, der Wohnungen, allen Ansprüchen zu genügen. Heilbewährt bei allen Krankheiten der Athmungs- und Verdauungs-Organe, bei Scrophulose, chronischen Blasenleiden, Gicht und Hämorrhoidal-Beschwerden; eignet sich insbesondere auch für Blutarme und Reconvalescenten aller Art. Bevorzugte Frühjahrs- und Herbstsaison. Wohnungen weist gern nach die **Fürstliche Brunnen-Inspection.** 64 (3)

MATTONI'S P. 110 (9)

EISEN-MOORSALZ }
EISEN-MOORLAUGE } aus dem Loosmoor bei **FRANZENSBAD.**

Bester Ersatz für **Moorbäder.**

Mittel zur Herstellung von Stahl- und Salzbädern.

Vorräthig in allen Apotheken und Droguenhandlungen Russlands.

Lager: bei **Alexander Wenzel, St. Petersburg**, Kasanskaja 3.
bei **L. Krönig, Moskau**, Stolesehnikow-Pereulok Haus Nikiforow.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 6 Іюля 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie.

der

St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 8 AUGUST 1884

Abkürzungen.

Prot. Odess. Ob. — Protokoll obschtschestwa Odesskich wratschei. — (Protokoll der Gesellschaft Odessaer Aerzte).

Anthropologie. Ethnologie.

T. Huxley: Die Lehre der praktischen Biologie. Uebersetzt in's Polnische von A. Wrzesniowski. 1883. Warschru.

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, Missbildungen etc.

K. Klein: Ueber die biologischen Eigenschaften des typischen Granulationsgewebes. (Med. Obosr. № 11).

M. Matrochin: Eine Missgeburt. (Russ. Med. № 23).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre), Parasiten.

Laschkewitsch: Lassen die Gefässe der Placenta die Koch'schen Tuberkel-Bacillen durch? (Russ. Med. № 21). Ref. folgt.

B. Markiewicz: Eiweiss, Peptone und Ptomaïne. (Med. № 26 u. ff.). Zusammenstellung der gegenwärtig herrschenden Anschauungen. Nichts Selbständiges.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

G. Gabritschewski: Die Pathogenese der Albuminurie, begründet auf die Gesetze der Filtration. (Med. Obosr. № 11).

M. Lukin: Zur Casuistik der Gehirngeschwülste. Aus dem anatomischen Theater des Kronstädter Marinehospitals. 1) Multiloculärer Echinococcus des Gehirns und der Leber (auf 7485 Sectionen des Vf. nur 1mal beobachtet bei einem 26jährigen Matrosen des Gouv. Jaroslawl). 2) Melanotisches Sarkom des Gehirns (19jährige Bäuerin. Metastase nach Exstirpation der sarkomatös entarteten linken Parotis). (Wr. №№ 27 u. ff.).

Metschnikow: Ueber das Verhalten der Phagocyten zu den Milzbrandbacillen. (Russ. Med. №№ 24 u. 25). Ref. folgt.

Derselbe: Vergleichend-pathologische Untersuchung über die Entzündung in Verbindung mit der Frage über die intracellulare Verdauung. (Prot. Odess. Ob. № 5. 1883/84).

Schaposchnikow: Leberabscess mit Durchbruch in die rechte Pleurahöhle und Lunge. (Ibidem № 10. 1883/84). Mit Demonstration des Präparates.

W. Wehr: Ueber die Inoculation des Krebses. (Vortrag, gehalten am 3. Juni 1884 in Posen). (Prz. lek. № 27). Bericht über die positiven Resulate einer solchen Inoculation an sechs Hunden.

L. Wolberg: Ein Fall von Hypospadiasis cum Kryptorchismo. Beobachtung aus dem israelitischen Kinderhospital von Bersohn. (Ibidem). 3wöchentliches Kind.

Innere Medicin.

Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Lief. 9. In's Russische übersetzt von Dr. N. E. Krusenstern. — K. Ricker. — St. Petersburg 1884.

B. Küssner und R. Pott: Die acuten Infectionskrankheiten. In's Russische übersetzt von Dr. J. Goldendach. — A. L. Wassiljew. — Moskau 1884.

A. Adamkiewicz: Ueber den Gehirndruck. (Zweiter Vortrag, gehalten in der Wiener Medicinischen Gesellschaft am 28. März 1884). (Gaz. lek. № 27 u. ff.). Ref. folgt.

Bernstein: Locale Asphyxie und symmetrische Gangrän. (Prot. Odess. Ob. № 12. 1883/84).

S. P. Botkin: Die Aneurysmen der Aorta ascendens. Klinische Vorlesung. (Jesh. kl. Gas. № 18 ff.).

Bulgakow: Zur Aetiologie der Pneumonie. (Russ. Med. № 23).

P. Dobytschin: Krisen bei der Diphtherie. (Ibidem № 22). D. beobachtete zwei schwere Fälle von epidemischer Diphtherie, in welchen die Genesung ohne Anwendung irgend welcher Mittel eintrat: in einem Falle durch einen spontan auftretenden kritischen Schweiss am 4. Tage, im zweiten Falle am 6. Tage nach spontanem heftigem Erbrechen, durch welches auch die diphtherischen Membranen entfernt wurden. Nach diesen kritischen Erscheinungen schwanden die bedrohlichen Zufälle in beiden Fällen rasch.

A. Fabian: Haemoglobinämie und Haemoglobinurie. (Gaz. lek. № 26 u. ff.). Fortsetzung. Ref. folgt.

Falkner: Zur Charakteristik des Typhus abdominalis, beobachtet im Jahre 1883. (Prot. Odess. Ob. № 10. 1883/84).

Derselbe: Ein Fall von multiplem Echinokokkus. (Ibidem № 3. 1883/84). Anfänglich für Empyem und Leberabscess gehalten, welche Diagnose durch die Probepunction noch bestätigt wurde, die aus dem Thorax serös-eitrige, aus der Lebergegend rein eitrige Flüssigkeit lieferte. Pat. will keine Operation zulassen und stirbt nach 3 Tagen. Die Section ergiebt: in der rechten Brusthöhle reichliche eitrige Flüssigkeit, in welcher zahlreiche Echinokokkusblasen verschiedener Grösse schwimmen. Im Mediastinum postic. eine orangengrosse Echinokokkusblase mit vielen Tochterblasen. Im rechten Leberlappen eine mannskopfgrosse, mit Eiter gefüllte Blase, in welcher viele kleinere Blasen schwimmen. Ferner an der rechten Niere, am Netz, im Douglasschen Raume und am rechten Lig. latum Echinokokkusblasen verschiedener Grösse. Eine Perforation im Zwerchfell war nicht vorhanden.

Fenomenow: Die Peptonurie als klinisches Symptom bei verschiedenen Krankheiten. (Wojenn. Med. Sh., Mai, Juni).

W. Frischmann: Ein Fall von Endocarditis ulcerosa. (Med. Westn. № 18, 19).

Grinewizki: Ein Fall von schwerer Anämie mit Hydrops, radical geheilt durch Einwickelungen in nasse Laken und nachfolgende Massage. (Russ. Med. № 26).

Januschewska: Ein Fall von Endarteritis ulcerosa mit consecutivem Verschluss der Aorta abdominalis. (Jesk. kl. Gas. № 18).

Kubassow: Zur Diagnostik des Scorbuts. (Russ. Med. № 22). K. macht auf ein bisher unbeachtet gebliebenes *charakteristisches Symptom des Scorbuts* aufmerksam, welches die im Anfang oft schwierige Unterscheidung dieser Krankheit von typhösen und anderen Fiebern ermöglicht. Dieses Symptom besteht in einem fast alle 24 Stunden vorkommenden Sinken der Körpertemperatur beinahe zur Norm. Dieser Temperaturabfall, welcher einige Stunden anhält, wird bei den üblichen Temperaturmessungen, welche schablonenhaft Morgens (9 Uhr) und Abends (5 Uhr) vorgenommen werden, leicht übersehen, da derselbe vorzugsweise um Mitternacht oder um die Mittagszeit stattfindet.

M. Lagorski: Zwei Fälle hypertrophischer Lebercirrhose. Aus der therapeut. Klinik des Prof. Mering. (Wr. №№ 28 u. ff.).

S. W. Lewaschew: Zur Casuistik der Angina pectoris. (Jesh. kl. Gas. № 19).

S. W. Possadski: Der Werth des Thons bei Behandlun von Aneurysmen der Aorta. (Ibidem № 18).

A. Radakow: Zur Casuistik der Pneumonia crouposa recurrens. (Med. Obosr. № 11).

Rasumowski: Ein Fall von Abscess des Magens. (Prot. Odess. Ob. № 3. 1883/84). Nach länger dauernder Febr. intermittens tert., deren Anfälle stets mit Erbrechen und Durchfall verbunden gewesen, bricht ein Abscess in den Magen auf (ob es wirklich ein Magenabscess gewesen, ist nicht bewiesen); grosse Eitermengen werden erbrochen, unmittelbar darauf Wohlbefinden und Genesung.

M. Reichman: Ueber die sogenannte Dyspepsia acida. Beitrag zur Symptomatologie der Magenkrankheiten. (Vortrag, gehalten an d. IV. poln. Aerzte- und Naturforscher-Tage in Posen). (Gaz. lek. № 29). Ref. folgt.

H. Ruppert: Ein Fall von linksseitigem Pneumothorax in Folge von Perforation der Pharynxwand durch eine krebsige Exulceration. (Ibidem № 26). Diesen Fall hält Verf. für einen, wie es Weil bezeichnet — Ventil-Pneumothorax. Hier standen die Gase in der linken Pleurahöhle unter einem viel höheren Drucke als die atmosphärische Luft, was an der Leiche durch einen Manometer bewiesen wurde (+ 8 Ctm.).

A. J. Tschastny: Ueber einige Eigenthümlichkeiten der Abdominaltyphus-Epidemie des Kiewer Militärhospitals im Jahre 1883. (Med. Westn. № 21 ff.).

J. Ulanowski: Täglicher, 13 Jahre lang dauernder Chloralhydratgebrauch. (Prz. lek. № 29).

D. Weruschski: Beobachtungen über die temperaturvermindernde Wirkung des Kaïrin bei fiebernden Kranken. (Wojenn. Med. Sh., Juni ff.).

A. Zitowitsch: Ueber die Wirkung der kalten und heissen Chapman'schen spinalen Eisbeutel. (Ibidem. Juni ff.).

M. G. Zitrin: Alumen ustum gegen Sumpffieber. (Med. Westn. № 20—22).

Chirurgie.

Agafonow: Die acquirirte Sterilität und eine ihrer Heilungsmethoden. (Trachelorrhaphie). 2 Fälle. (Russ. Med. № 26).

L. Czarkowski: Ein Fall von Tetanus traumaticus mit günstigem Ausgange. (Separatabdr. aus d. Gaz. lek. Warschau). — Kein besonders schwerer Fall. Höchste T. 39,3°. Auffällige Besserung und schliesslich Genesung nach der Application von Clysmen aus Tabaksinfus. (*Infus. Nicotianae* e ʒß. par ℥IV).

Grinewizki: 1) Bauchwunde mit Vorfall der Gedärme und Verwundung derselben. Heilung. 2) Schussverletzung der Lendenwirbel. Genesung. (Russ. Med. № 25).

Derselbe: Ein Fall von Sarcom des Kniegelenks. (Ibidem № 26).

Gurowitsch: Ein Fall von Laryngofissur mit nachfolgendem Tragen eines künstlichen Kehlkopfs. Mit Krankendemonstration. (Prot. Odess. Ob. № 6. 1883/84).

Josefowitsch: Ein Fall von Trepanation wegen complicirter Schädelfractur. (Ibidem № 4. 1883/84). — Genesung trotz gleichzeitigem Typhus exanthematicus.

K. Jzuta: Ueber den Wundverband mit Naphtalin. (Wr. № 28). 9 Fälle. Erfolg günstig. Keine Reizungserscheinungen.

A. Fialkowitsch: Verwachsung des Penis mit dem Scrotum. Ein Fall. (Russ. Med. № 21).

J. Mikulicz: Ueber die Bedeutung des Sublimat in der Wundtherapie. Beitrag zur Lehre d. Wundbehandlung. (Prz. lek. № 29). Ref. folgt.

Obalinski: Neuere Indicationen zur Urethrotomie externa. Vortrag gehalten am IV. poln. Aerzte- und Naturforschertage in Posen. (Ibidem № 26). Schluss. Ref. folgt.

Szapiro: Ueber frühzeitige Entleerung seröser pleuritischer Exsudate. (Prot. Odess. Ob. № 9. 1883/84).

Tolpygo: Zwei Fälle von operativer Behandlung der Ankylose des Hüftgelenks. (Russ. Med. № 24).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Adamkiewicz: Spastische Contractur der Mm. splenii capitis et colli. (Separatabdruck aus d. Gaz. lek. Warschau). — 40jährige Frau. 6 Jahre krank. Vergeblich in verschiedener Weise behandelt. Die Contractur spastischen Ursprunges an der linken Seite. Während des Schlafes lässt sie nicht nach. Bei der Elektrisirung desselben Muskels der anderen Seite nimmt der Kopf die richtige Stellung an. Heilung durch die Faradisation des Splenius an der anderen, gesunden Seite. — Aus diesem Grunde will es aber dem Ref. scheinen, dass hier die Schiefstellung des Kopfes vielleicht nicht durch Spasmus des linken Splenius, sondern eher durch Paralyse (resp. Parese) des rechten Splenius hervorgerufen worden sei. Mm. cucullares und Sternocleidomastoidei beiderseits ganz normal. — Ueberhaupt ein sehr interessanter, höchst seltener Fall.

N. A. Goldenberg: Ueber den Zustand der Institute für Geisteskranke in Europa. (Prot. Odess. Ob. № 1. 1883/84).

Korinfski: Fall von, durch Curare geheiltem Tetanus. Med. Obsr. 31).

Lion: Ein Fall von Commotion des Rückenmarks. (Prot. Odess. Ob. № 11. 1883/84.)

A. Spengler: Ein Fall von Meningitis cerebrospinalis in Folge von Caries des Schläfenbeines. Aus der Klinik des Prof. Koschlakow. (Wr. № 27).

L. Wolberg: Chorea magna oder Hysterie? Bei einem 12jährigen, anämischen schlecht ernährten jüdischen Knaben traten häufige Krampfanfälle auf (9 bis 18 Mal) mit Besinnungslosigkeit aber mit Erhaltung der Reflexe. Rasche Heilung unter Bromkaliumanwendung. (Beobachtungen aus d. jüdischen Krankenhause von Bersohn und Baumann in Warschau). (Prz. lek. № 27).

Hautkrankheiten.

W. Jablonowski: Medicinische Casuistik aus der Türkei. (Prz. lek. № 26). Fortsetzung. — Weitere Hautkrankheiten, welche am häufigsten im Orient auftreten, sind diejenigen welche durch die stark verbreitete Unsitte der Tätowirung hervorgerufen werden. Die Tätowirung ist ebenso stark verbreitet bei Orthodoxen als auch bei Mohamedanern. Meistens sind es mehr oder minder acut-entzündliche Processe, welche diesem Trauma ihre Entstehung verdanken. Es giebt in grösseren Städten sogar hoch berühmte Specialisten der Tätowirungskunst. Ausserdem haben fast alle griechischen (ausschliesslich griechische) Klöster dieses Handwerk zu einem grossartigen Geschäfte gemacht und die würdigen Glieder solcher kirchlichen Corporationen ziehen einen bedeutenden Profit daraus. Die Farbe wird durch Stiche in's Corium fixirt und zwar nach verschiedenen Methoden. Als Farben wurden bis jetzt Indigo, Carmin, Safran, Curcuma u. s. w. angewandt, in letzter Zeit kommen auch Anilinfarben in die Mode. Als häufigste acute Complication tritt Erysipel, dann Lymphangitis auf; von den chronischen Leiden sind verschiedene Eczeme zu notiren.

N. P. Mansurow: Zur Diagnostik der Krätze. (Med. Westn. № 16). Verf. empfiehlt die Haut über der Mitte einer Pustel mit einer Scheere abzutragen und mit dem Mikroskope zu untersuchen.

Venerische Krankheiten. Prostitution.

A. Fleischer: Bezüglich des Artikels des Dr. Tomaschewski: ‹Fall von weichem Schanker auf der rechten Tonsille›. Polemischer Artikel in dem Verf., der denselben Fall mit andern Collegen gesehen, strict die Berechtigung, obigen Fall als Ulcus molle anzusehen, negirt. (Med. Westn. № 22).

A. Gay: Ein selteuer Fall von tiefem Sitz eines Urethralschankers. (Ibidem № 18., 19).

S. P. Tomaschewski: Fın Fall von weichem Schanker auf der rechten Tonsille. (Ulcus molle tonsillae dextrae). (Ibidem № 16, 17).

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

J. Koszulski: Aetiologie und Behandlung von Cholerine der Säuglinge und Kinder. Posen 1884.

W. N. Bensengr: Der Ernährung der Kinder von Syphilitikern mit Eselinnenmilch. (Med. Obosr. № 11).

L. Daschewski: Kefir als Nährmittel für Säuglinge. (Russ. Med. № 22 u. 23). Ref. folgt.

S. J. Werewkin: Lithiasis und Lithotomie bei Kindern. Bericht des Kinderhospitals des heil. Wladimir in Moskau. (Med. Westn. № 21 ff.)

Augen- und Ohrenkrankheiten.

Wicherkiewicz: Sechster Jahresbericht der Augenheilanstalt von St. Martin für Arme in Posen. Für das Jahr 1883. (poln.). 1884. Posen.

Derselbe: Ueber die sympathische Augenentzündung. Posen. 1884. (poln.).

Derselbe: Ueber das künstliche Auge. Posen 1884. (poln.)

E. Machek: Klinische Beobachtungen über Cataracte und deren Operation in der oculistischen Klinik zu Krakau, 1879 bis 1882. (Prz. lek. № 30).

Derselbe: Statistischer Bericht über die Krankenbewegung in d. oculistischen Klinik an d. Universität zu Krakau für die J. 1877—1882 mit dem Berichte über die während dieser Zeit ausgeführten Operationen. Aus der oculistischen Klinik von Prof. Rydel. (Ibidem № 26). Schluss.

Rjabinin: Ein Zeichen alten Blutergusses im Auge. (Wojenn. Med. Sh. Mai).

P. Skworzow: Iridorhexis bei Synechia anterior et staphyloma corneae totale. (Med. Westn. № 15).

E. Troizki: Sonometer (Audiometer). (Dieser von Hughes erfundene Apparat dient zur genauen Bestimmung der normalen wie pathologischen Gehörsfähigkeit und wurde v. T. im Kronstädter Verein d. Marine-Aerzte demonstrirt. (Med. Prib. Morsk. Sb. Juli).

B. Wicherkiewicz: Ueber die neue Operations-Methode bei Corneastaphylomen. Vortrag gehalten am 4. Juni in Posen. (Prz. lek. № 28).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

H. Jordan: Die Lehre der Geburtshülfe für Studirende und Aerzte. I. Theil. Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Mit 44 Holzschnitten. Krakau 1882.

Heinrichsen: Ein seltener Fall von langdauernder Retention der abgestorbenen dreimonatlichen Frucht im Uterus. (Prot. Odess. Ob. № 4. 1883/84). Die Frucht selbst ist nicht gefunden und untersucht worden, nur aus der Grösse der Placenta schliesst Vf. dass erstere 3 Monat alt gewesen sei als sie abstarb; ihre Ausstossung erfolgte erst 10 Monate später.

P. E. Küster: Placenta praevia. (Med. Westn. № 22 ff.).

Litschkus: Zur Casuistik der Verletzung der vorderen Commissur der äusseren weibl. Geschlechtstheile bei der Geburt. 1 Fall. Ursache — die ungewandte Handhabung der Zange. (Wr. № 28).

J. M. Lwow: Zur Lehre der Aetiologie der fehlerhaften Lagen und Wendungen des Kindes während der Geburt. (Aetiologische Bedeutung der Kürze der Nabelschnur). (Med. Westn. № 14—23).

J. G. Ryndsün: Ein Fall von Ovariotomie in der Landpraxis. (Med. Obosr. № 11).

K. J. Schidlowski: Ein Fall von Hysteroepilepsie geheilt durch eine Chloralhydrat-Camphermischung. (Med. Westn. № 19—21.)

O. Schlesinger: Zur Casuistik der Entwickelungsanomalien der Scheide (Vagina subsepta supra simplex) als Geburtshinderniss. Aus der weibl. Klinik des Prof. Sslawjanski. (Wr. № 27).

P. Tschunichin: Ein Fall von künstlicher Frühgeburt wegen Beckenenge und stark verengter Vagina. (Ibidem № 28). Aus d. geburtshülfl. Klinik des Prof. Lasarewitsch.

A. B. Vogt: Ein Fall von Ovariotomie mit Ausgang in Genesung. (Med. Obosr. № 11).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

Dunin-Wasowicz: Die Pharmakognosie. IV. Heft. (poln.) Lemberg. 1884, in 8 vo. p. 181—228.

Prof *Nussbaum*: Die Hausapotheke. (poln. Uebersetzung). Warschau. 1884.

W. Jaworski: Ueber die therapeutische Anwendung des Carlsbader Salzes und dessen Verhalten im Darmtractus, auf Grund von klinischen Experimenten. Aus d. Klinik von Prof. Korczynski in Krakau. (Prz. lek. № 26). Schluss.

S. Jerzykowski: Die Rinde der Baumwollenwurzel (Radix Gossypii herb.) als Ersatzmittel für Secale cornutum. Vortrag gehalten am IV. poln. Aerzte- und Naturforscher-Tage in Posen. (Gaz lek. № 30). Ref. folgt.

Lebedew: Zufällige Vergiftung mit Terpenthinöl, welche den Verlauf einer Schwindsucht gut beeinflusste. (Med. Obsr. 13).

Neustab: Einfluss der Digitalis auf die Pneumonia crouposa. (Russ. Med. № 24).

Balneologie, Elektrotherapie u. a. phys. Heilmethoden etc.

R. Przybylski: Birsztany in der Saison von 1883. Warschau. 1884. (poln.). — Analyse der Quellen ergiebt, dass die alten Quellen auf 1000 Theile enthalten: Kaliumsulfat 16,17, Chlornatrium 3,96, Chlorkalk 35,28, kohlensaurer Kalk 6,6, kohlensaure Magnesia 12,55. Die neuen Quellen: Kaliumsulfat 0,02, Natriumsulfat 5,21, Kaliumsulfat 7,61, Chlornatrium 37,00, kohlensaures Calcium und Magnesia je 4,0. — Aus dieser Tabelle ist es zu ersehen, dass die alten Quellen in Birsztany zu den reichsten an schwefelsauren Kalisalzen gehören.

Trembecki: Szczawnica als Badeort in klimatologischer Beziehung. Krakau 1884. (poln.)

Olszewski: Chemische Analyse der Casimir-Quelle in Rabka (Galizien). Vortrag in der balneologischen Section der Krakauer Medic. Gesellschaft. (Prz. lek. № 30). Die genannte Quelle enthält: Chlorkalium 0,22, Chlornatrium 13,55, Bromnatrium 0,03, Jodnatrium 0,005 u. s. w. auf 1000 Theile Wasser berechnet.

W Sciborowski: Kritik der «Hydrotherapie» von S. Smolenski. (Med. № 26).

Solotnizki: Batum als klimatischer Wintercurort. (Russ. Med. № 26 u. 27).

W. Stepanow: Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der statischen Elektricität auf den menschlichen Organismus. Vorläufige Mittheilung aus der Nervenabtheilung des Privatdocenten W. Drosdow. (Wr. № 27).

A Tietzner: Jalta als klimatischer Curort. (Med. Westn. № 15. 16).

Derselbe: Die Umgebungen von Jalta. (Ibidem № 17—19).

Zieleniewski: Ein Ausflug nach Jaworze (Ernsdorf). (Prz. lek. № 29). Beschreibung der hydrotherapeutischen Anstalt daselbst. (Oesterr. Schlesien).

Derselbe: Die Grundsätze der Hydrotherapie nebst einer Beschreibung der polnischen hydrotherapeutischen Anstalten. — Ein Auszug aus einem zum Drucke vorbereiteten Buche unter dem Titel «Die Balneotherapie». (Med. № 29 und ff.)

Militair- und Schiffsmedicin.

Albizki: Hypnotismus beim Soldaten. (Wojenn. Ssanit. D. № 27).

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

M. G. Zitrin: Zur Frage über die hohe Apothekertaxe und ihren Einfluss auf das Maass ärztlicher Hilfsleistung im Volke. (Med. Westn. № 22). Verf weist auf die Schädlichkeit derselben hin und plaidirt für baldige Abschaffung derselben.

Hygiene.

Maassregeln gegen die Choleraepidemie, falls sie in Warschau auftreten sollte, von der Redaction der *Gazeta lekarska* ausgearbeitet. (Gaz. lek. № 28).

E. A. Pastor: Ueber Desinfection durch strömenden Dampf. (Jesh. kl. Gas. № 20).

W. J. Prisselkow: Die Assainirung des Hafens von Odessa in Beziehung zur Quarantäne-Frage. (Prot. Odess. Ob. № 1. 1883/84).

Epidemien (Endemien). Epizootien.

K. Klodzianowski: Die Choleraepidemie in Egypten im J. 1883. Vortrag, gehalten am IV. poln. Aerzte-Tage in Posen. (Prz. lek. № 26. Schluss.)

Prisselkow: Ueber die Cholera-Epidemie in Egypten und die Quarantänen. (Prot. Odess. Ob № 10. 1883 84).

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

Bericht des k. k. Landgesundheitsrathes über die Gesundheitsverhältnisse in Galizien für die Jahre 1881 und 1882. Lemberg (poln.), in 8° maj., p. 55 + XXXIX.

N. Andrejew: Die Reise des Schoners «Bakan» längs den Ufern von Dänemark, Norwegen und der Murman-Küste, vom 25. Sept. 1881 bis 5. Oct. 1882. (Med Prib. Morsk. Sborn., Juli). Ref. folgt über d. med.-topograph. Schilderungen.

Bericht des Haupt Militair-Hospital-Comité für 1882. (Wojenn. Med. Sh., Mai).

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit unter der Bevölkerung Petersburgs für April 1884. (Ibidem).

Derselbe: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Mortalität unter der Bevölkerung Petersburgs für Mai 1884. (Ibidem, Juni).

Vermischtes.

Bericht über die Sitzungen der Krakauer medicinischen Gesellschaft. (Prz. lek. № 26, 28, 30).

A. Dobroslawin: Ein Vergleich zwischen dem Werth der verbesserten Arrestantenkost und den Ausgaben zur Behandlung der Arrestanten. (Wr. №№ 28 u. ff.). Ref. folgt.

A. Jelissejew: Briefe eines Arztes aus dem Osten. V. (Wr. № 28). Vf. beschreibt das russische Hospital für die Pilger in Jerusalem. Dasselbe enthält 60 Betten, ist schlecht dotirt, das Dienstpersonal untauglich, entspricht seinem Zwecke nur unvollkommen.

J. Jlgowski: Medicinische Briefe aus den Westprovinzen Russlands. III. Brief bespricht die Methode der Bekämpfung von Diphtherie in den süd-westlichen Gouvernements. (Prz. lek. № 27).

Z. Kramsztyk: Kritische Bemerkungen zu dem Buche: «Prof. Szokalski und seine Thätigkeit, sowie die Sammlung von Materialien zur Geschichte der Ophthalmologie in Polen». (Gaz. lek. № 27).

Kwasnicki: Bericht über die Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher in Posen. (Prz. lek. № 26 u. ff.).

Mittheilungen aus den Verhandlungen der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg. (Russ. Med. № 21 und 24).

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg
am 29. Juli 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2199	1563	3762
Kinderhospitäler	97	72	169
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	138	51	189
Scharlach	10	8	18
Pocken	3	8	11
Venerische Krankheiten	311	412	723

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 22. bis 28. Juli 1884 besucht von 2669 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1108.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 29. Juli bis 4. August 1884

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
262	220	482	132	39	72	8	6	16	57	38	43	35	19	12	3	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 5, Diphtherie 12, Croup 3, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 5, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 2.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 17, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung der Athmungsorgane 51, Lungenschwindsucht 77, andere Krankheiten der Brusthöhle 3, Gastro-intestinal-Krankheiten 121, andere Krankheiten der Bauchhöhle 16, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 15, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 1, Mord 1.

— Andere Ursachen 10.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E. kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	13—19 Juli	181 732	88	6	24,1	6,8	28,0
Kopenhagen	16—22 Juli	267 000	116	6	22,6	5,1	34,8
Berlin	20—26 Juli	1 225 065	993[1]	55	42,1	5,5	39,0
Wien	20—26 Juli	759 849	342	8	23,4	2,4	32,2
Brüssel	13—19 Juli	171 293	87	11	26,4	12,6	33,1
Paris	18—24 Juli	2 239 928	1062	96	24,7	9 0	29,2
London	20—26 Juli	4 019 361	1995	199	25,9	9,0	32,7
St. Petersburg	27 Juli—2 August	928 016	485	64	27.2	13,0	32,9

[1]) Einschliesslich 213 an Enteritis und 289 an Brechdurchfall.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 10 Августа 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie.

der

St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 9 SEPTEMBER 1884

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre), Parasiten.

W. Podwyssozki (junior): Zur Frage über die Morphologie des Kefirfermentes. (Wr. № 34). Ref. folgt.

W. O. Puschkarew: Ueber die Mikrokokken der croupösen Pneumonie. (Jesh. Kl. Gas. № 21).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

M. Maschkowski: Der parodoxe Puls bei Mediastinopericarditis fibrosa. (Jesh. Kl. Gas. № 21).

Paschutin: Ueber die Kohlenwasserstoff-Degeneration der Gewebe. (Wr. № 30). Ref. folgt.

Innere Medicin.

Al. Alexejewski: Ueber Auswaschung des Magens nach der Siphon-Methode. (Med. Obosr. № 15).

Bogusch: Zur Behandlung des Durchfalls mit Resorcin und Salicylsäure, beide in heissem Castoröl verabreicht. (Ibidem № 14).

J. Januschewska: Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica. (Jesh. Kl. Gas. № 21).

Koschlakow: Typen der Schwankungen der Stimmbänder. (Wr. № 34 ff.)

W. Raspopow: Phosphate im Harn von Patienten mit Knochenleiden. (Aus d. chirurg. Klinik des Prof. Bogdanowski. (Ibid. № 29 ff.)

Th. Wischnewski: Spulwürmer als Ursache von Tetanus, Veitstanz und Perforation des Darmes. (Aus dem Landhospital in Saposchkow). [3 Fälle: 1 Knabe von 14 Jahren, 1 Bäuerin von 20 Jahren und 1 Bauer von 27 Jahren. Letzterer starb und man fand an 3 Stellen den Darm durch frei in der Bauchhöhle liegende Spulwürmer perforirt.] (Ibid. № 29).

Chirurgie.

P. Botschanow: 1 Fall von Ostomyelitis acuta multiplex. (Aus der chirurgischen Hospitalklinik des Prof. Bornhaupt in Kijew). (Wr. №№ 30—32). Ref. folgt.

A. Jakobson: Eine Methode der Bronchoplastik. (Ibid. № 34). Ref. folgt.

P. Katschanowski: Ueber Jodoformgaze. (Aus Prof. Billroth's Klinik). (Med. Prib. Morsk. Sb. August).

F. Lindenbaum: Ueber den antiseptischen Torfverband. (Wr. №№ 32 und 33). Ref. folgt.

S. Lukaschewitsch: Ueber die Verwendung von Lehm bei der acuten Nebenhodenentzündung in Folge von Urethritis. (Ibid. № 31). Ref. folgt.

J. Makawejew. Das Wesen der Antiseptik. (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft russischer Aerzte). (Ibid. №№ 31 ff.)

D. P. Nikolski: Ein Fall von flachem Epithelialkrebs der Ohrmuschel. (Jesh. Kl. Gas. № 15).

O. Rukowitsch: Eine Harnblasenfistel (?) an ungewöhnlicher Stelle. (Wr. № 34). [Unklarer Fall. 16 jähriger Knabe bei dem Prof. Bystrow vor 10 Jahren einen Bubo gespalten. Es sollen sich noch jetzt 3 unverheilte (?) Wunden in der linken Inguinalregion vorfinden und aus einer derselben entleere sich Harn ?].

N. Sklifossowski: Material zur Chirurgie der Bauchhöhle. (Ibid. № 33). Ref. folgt.

A. Sselizki: Ruptura venae cavae inf., rupt. hepatis, fractura sterni, Tod. (Wojenn. Ssanit. D. № 28).

N. Unkowski: Zur Frage der Tracheotomieröhren. (Aus der chirurg. Klinik des Prof. Sklifossowski). *1 Fall von Larynxstenose bei einer 23jährigen Frau*, angeblich nach Diphtherie. Modification der Tracheotomiecanüle, indem die hintere Wand gespalten, um leicht die Stenose vermittelst Bleioliven nach Schrötter zu erweitern. (Wr. № 29).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

W. Chardin: Ueber die Veränderungen der Nervencentren bei Vergiftung durch Kohlenoxyd. (Aus der psychiatrischen und neurologischen Klinik des Prof. Mierzejewski. Vorläufige Mittheilung). (Wr. №№ 31 u. ff.) Ref. folgt.

L. Finkelstein: Salicylsaures Natron bei Hemikranie. (14 Fälle). (Ibid. № 29). Ref. folgt.

Kasanski: Fall von Hysterie mit hysterischem Fieber. (Med. Obsr. № 14). Ref. folgt.

M. Lion: Abriss der Lehre von der Neuritis multiplex. (Ibid. № 15).

J. Orschanski: Ueber den Einfluss von Arbeit und Ermüdung auf die Sehnenreflexe und die elektrische Reizbarkeit der Muskeln und Nerven des Menschen. (Vorläufige Mittheilung). (Wr. № 31).

M. Scherschewski: Agoraphobia. Material zur Pathologie der Neurosen centralen Ursprungs. (Ibid. №№ 29—31). Ref. folgt.

Hautkrankheiten.

N. J. Tschernajew: Ueber Erythema exsudativum. (Jesh. Kl. Gas. № 22).

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

Bensengr: Das Kinderhospital am Meeresufer bei Berek sur mer (bei Boulogne). (Med. Obsr. № 14).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

Rosanow: Fall v. vernachlässigter Geburt. (Med. Obsr. № 14).

Rosenhardt: Fall von Ovariotomie mit Ausgang in Heilung. (Ibidem).

W. Sutugin: Resultate der Prophylaxis der Wochenbettfieber (Sublimatausspritzungen). (Wr. № 30). Ref. folgt.

Derselbe: Zur Casuistik der supravaginalen Amputation des Uterus wegen eines Cystofibromes (Hysterectomia). (Ibid. № 32 u. ff.) 38jährige Bäuerin. 5½ Wochen nach der Operation konnte Vf. die Pat. als geheilt in der St. Pbg. med. Gesellschaft vorstellen. Operirt wurde im Roshdestwenski-Barakenhospital zu St. Pbg.

Militair- und Schiffsmedicin.

A. J. Borissow: Unsere Sanitätsstationen. (Wojenn. Ssanit. D. № 28, 29).

K. Köcher: Der deutsche Sanitätsbericht. (Ibid. № 30, 31). Identisch mit dem in № 32 u. 33 dieser Wochenschrift erschienenen Referat.

Hygiene.

J. Skworzow: Leitfaden der praktischen Hygiene. Abth. I. Sanitäre Statistik und Geographie. Lief. 1. — Warschau 1884.

M. Neuenburg: Die Reinigung des Trinkwassers in kleinem Maassstabe. Vorläufige Mittheilung, aus dem hygienischen Laboratorium des Prof. Dobroslawin, über die im Haushalte gebräuchlichen Filtrirapparate. (Wr. №№ 33—34). Ref. folgt.

N. A. Slatowratski: Desinfection und Reinigung der Wäsche von infectiösen Kranken. (Jesh. Kl. Gas. № 22).

D. Welitschkowski: Experimentelle Untersuchungen über die Durchgängigkeit des Bodens für Wasser. (Aus dem hygienischen Institute Prof. Pettenkofer's in München). (Wr. №№ 34 u. 35).

Epidemien (Endemien). Epizootien.

W. Nebykow: Altes und Neues über die Trichinen in Russland. (Wr. №№ 34 u. ff.)

Statistik, Medicinische Geographie und Topographie.

J. Janson: Einige Worte über die Statistik der Todesursachen, in ihrer Anwendung auf St. Petersburg. (Meshd. Klin. 1884. № 6).

Derselbe: Die Sterblichkeit an Scharlach und Diphtherie in St. Petersburg, in den Jahren 1881—83. (Wr. № 29). Ref. folgt.

Vermischtes.

Bericht über die von den Privatdocenten der milit.-med. Academie im Lehrjahre 1883—84 abgehaltenen ärztlichen Curse. (Wr. №№ 29 u. 30).

W. Filipowitsch: Die Palpatometrie und ihre klinische Verwendung. (Vortrag, gehalten auf dem VII. Naturforscher-congress in Odessa). (Ibid. № 33 u. 34). Ref. folgt.

Litwinow: Ein Theemaschine - Pulverisator. (Med. Obosr. № 15).

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 7 Сентября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie.

der

St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 10 OCTOBER 1884

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

J. W. Einhorn: Geschichte der weiblichen Aerzte. Th. 1. Alterthum. — Moskau 1884.

J. Karlinski: Einige Worte über die ärztliche Thätigkeit von Nic. Kopernik. (Gaz. lek. № 34).

Anthropologie. Ethnologie.

Voit: Die Ursachen der Fettablagerung im Thierkörper. In's Russische übersetzt von N. P. Iwanow. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

Kriwczynski: Ueber den Einfluss der Heredität auf das individuelle und nationale Leben. Vortrag, gehalten auf d. IV. Congress polnischer Aerzte in Posen. (Med. № 32).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik (Pilzlehre), Parasiten.

M. Nencki: Ueber die chemische Zusammensetzung der Milzbrandstäbchen. (Gaz. lek. № 34). Ref. folgt.

Puschkarew: Ueber Mikrokokken bei croupöser Pneumonie. (Jesh. kl. Gas. № 21).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

Botkin: Aneurysma der Aorta ascendens. (Jesh. kl. Gas. 1884, №№ 18, 19, 20).

A. D. Davidson: Ueber die Entstehung und die Ursachen des paradoxen Pulses. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

F. Lomikowski: Zur Lehre von der Degeneration der Nervenzellen. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 37).

Trilesski: Totaler Defect des Riechnerven. (Ibidem). Bei einem an Pneumonie gestorbenen Soldaten fehlte bei der Section der linke Riechnerv.

Innere Medicin.

W. Ebstein: Die Corpulenz und ihre Behandlung auf physiologischen Grundlagen, in's Russische übersetzt nach der 6. Auflage von N. P. Iwanow. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

J. A. Anfimow: Ein Fall von wahrscheinlicher sogenannter occulter Septicaemie. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

Chalubinski: Die Therapie in einem Cholerafalle. (Gaz. lek. № 32). Ref. folgt.

K. Chodounsky: Beitrag zur Therapie der Lungentuberculose. Vortrag, gehalten auf d. IV. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher. (Ibidem № 31). Am meisten wird von Ch. Arsen geschätzt; es wird aber nicht in steigender, sondern in stabiler Dose gegeben (0,005 grm. pro die); alcoholische Getränke und Leberthran bewährten sich auch sehr gut. Keine Resultate nach Eisengebrauch. Narcotica principiell gemieden, ausgenommen in extremis. Für besser situirte Leute: klimatische Curorte, und zwar weder in grösseren Städten wie Pisa, Florenz etc., noch in solchen Anstalten, wie Görbersdorf, Falkenstein, Aussee, sondern in echtem Bergklima, 1000 Meter hoch üb. der Meeresfläche.

A. Ch. Grigorjew: Zur Therapie der Phthise. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

Jakuschewski: Ein Fall von Pleuritis diaphragmat. (Jesh. kl. Gas. № 21).

Derselbe: Ein Fall von Endarteritis ulcerosa mit nachfolgender Verstopfung der Aorta abdom. (Ibidem № 18).

Issakow: Ueber die Erkennung der Magenkrankheiten nach der Methode von Penzoldt-Faber. (Wojenn. Med. Sb., Juli). Vf. kommt zum Schluss, dass die Geschwindigkeit der Resorption durch die Magenschleimhaut von so zahlreichen und verschiedenartigen Bedingungen abhängig sei und so grosse Differenzen bei demselben Zustande der Magenschleimhaut aufweise, dass man dieses Moment schwerlich würde diagnostisch verwerthen können.

Lewaschow: Zur Casuistik der Angina pectoris. (Jesh. kl. Gas. № 19).

Pjatnizki: Ascariden in der Nierengegend. (Med. Obsr. № 17).

A. Wolfram: Ueber den diagnostischen Werth der Tuberkelbacillen. Aus der therapeutischen Klinik von Prof. Korczynski in Krakau. Vortrag, gehalten am 3. Juni in Posen auf d. IV. poln. Aerztecongress. (Prz. lek. № 34).

A. Zitowitsch: Ueber die Wirkung der kalten und heissen Chapman'schen Eisbeutel. (Wojenn. Med. Sb., Juli). Schluss.

Chirurgie.

L. Fiedler: Resectio pylori et gastrektomia partialis. (Wojenn. Med. Sb., Juli).

Kl. Koehler: Ueber die Operations-Methoden bei hypertrophischen Tonsillen. (Vegetationes adenoid. tonsillae pharyngeae). (Prz. lek. № 32 u. ff.).

M. Lukin: Zur Casuistik der Unterleibsgeschwülste. (Med. Prib. Morsk. Sb., Sept.).

J. Mikulicz: Beitrag zur Lehre von der Wundbehandlung. (Prz. lek. № 31 u. ff.). Fortsetzung. Theoretische und praktische Bemerkungen über die Sublimatanwendung.

Nadeshdin: Ueber die Bedeutung der chirurgischen Hülfe in der Landpraxis. (Med. Obsr. № 17).

K. D. Pissemski: Zur Casuistik der malignen Lymphome. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

J. Sharnowski: Nochmals einige Worte über die Behandlung der Pustula maligna. (Wr. № 35). Sh. plaidirt für subcutane Injection 2%iger Lösung gereinigter Carbolsäure in der Umgebung der Wunde.

L. Szuman: Wie sind die antiseptischen Methoden der Wundbehandlung am besten in der gewöhnlichen ärztlichen und besonders in der Armenpraxis anzuwenden? (Gaz. lek. № 33).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

W. Briganski: Ueber die Arsenparalysen. (Med. № 35). Fortsetzung folgt.

A. Rosenthal: Ein Fall von multipler Herderweichung des Gehirnes auf luetischer Basis. (Gaz. lek. № 33). 25 J. alter Mann. 5jährige Syphilis. Linkseitige Hemiplegie. Spätere Besserung. Psychische Störungen. Hallucinationen. Acute Manie. Bei der Autopsie: Multiple Erweichungsherde im rechten Stirn- und Hinterhauptlappen. Die A. cerebralis post. dextra, A. fossae sylvii und A. corporis callosi durch einen gelben, langen Thrombus verschlossen.

Syszjänko: Elektrode-Commutator. (Wr. № 36).

K. Zulawski: Ein Fall von Delirium acutum. Beobachtung aus der Irrenanstalt von St. Lazarus in Krakau. (Prz. lek. № 35).

Hautkrankheiten.

W. Jablonowski: Aerztliche Casuistik in der Türkei. (Prz. lek. № 26, 28 u. 34). Fortsetzung. Eine weitere sehr interessante endemische Erkrankung ist Ichthyosis. Sie ist hereditär und kommt fast ausschliesslich in zwei Albanesischen Stämmen, ‹Miriditen› und ‹Toska›, vor, welche an der Küste des Adriatischen Meeres zwischen dem Scutarisee und den Nordabhängen des Aspropotamos-Gebirges wohnen. Gewöhnlich befällt Ichthyosis schwächliche, marantische Individuen. Ausser der Heredität sind wohl auch andere Umstände an der Entstehung Schuld, wie z. B. mangelhafte Hautcultur, schmutzige wollene Wäsche, locale Verhältnisse des Bodens, der Wohnungen. Die zahlreichen vom Verf. beobachteten Fälle kamen in zwei Formen vor: als weisse und braune Ichthyosis; die letztere vorwiegend bei Frauen. Gewöhnlich befällt die Krankheit die ganze Haut,

oberfläche, auch das Gesicht nicht ausgenommen. Auffallend ist der Umstand, dass in der Umgebung von Elbasan und Berat auch die jüngsten Kinder erkranken. Bei Frauen ist zur Zeit der Menstruation eine auffallende Besserung zu beobachten. In den Städten kommt die Krankheit gar nicht vor. Die Therapie ist absolut ohnmächtig in Bezug auf die dauernde Heilung. Eine temporäre, wenn auch zuweilen ganz geringe Besserung lässt sich nach langwieriger, mühseliger Cur erreichen. Innerlich wurden Arsenpräparate larga manu gereicht. Aeusserlich bewährten sich am besten die allgemeinen Bäder von Provenceröl von mindestens 2 bis 3 Stunden Dauer. Nach jedem Bade — Einreibungen von stark alkalischer Seife. Eine solche Methode wurde vom Verf. in den Militärhospitälern an den albanesischen Rekruten versucht. Die Schuppen verschwanden. Das Aussehen der Haut wurde normal. Sobald aber der Soldat entlassen wurde, so recidivirte das Leiden von Neuem.

Venerische Krankheiten. Prostitution.

A. P. Aristow: Maassregeln zur Beschränkung der Ausbreitung der Syphilis und venerischen Krankheiten. — St. Petersburg 1883.

A. Fedotow: Perichondritis cricoidalis gummosa circumscripta. (Med. Prib. Morsk. Sb.). Ein Fall, 30jährige puella publica, vor 4 Jahren inficirt.

H. Zeissl: Pathologie und Therapie der Syphilis und der mit dieser verwandten venerischen Krankheiten. 2. Aufl., bearbeitet von M. Zeissl, in's Russische übersetzt von P. Schirjajew und W. Strokowski. — Moskau 1885,

Augen- und Ohrenkrankheiten.

J. Kazaurow: Augenblutungen nach einer Cataractextraction. (Wr. № 36). [Sehr seltener Fall. In der Literatur fand Vf. nur 15 derartige. Es handelt sich um einen 73 jährigen Priester).

Z. Kramsztyk: Ein Fall von Conjunctivitis diphtherica mit Pharynxdiphtherie complicirt. (Gaz. lek. № 32). Bei einem 3jährigen masernkranken Kinde hat sich an einem Auge einfache catarrhalische Entzündung in eine diphtherische umgestaltet. Nach 3 Tage lange dauernder localer Behandlung besserte sich der locale Zustand zusehends, dagegen verschlimmerte sich der allgemeine Zustand bedeutend. Die Untersuchung des Halses ergab diphtherische Beläge daselbst. Das Kind starb.

E. Machek: Klinische Beobachtungen über die Cataracte und deren Operation. Aus d. oculistischen Klinik d. Universität in Krakau (Prof. Rydel). (Prz. lek. № 31 u. ff.) Forts.

Geburtshülfe, Gynäkologie.

Jersykowski: Ein Fall von Uterusruptur während der Geburt. (Gaz. lek. № 32). 40 jährige X-para. Die Geburt begann am 18. December. J. wurde erst am 23. herbeigerufen. Kreissende war sterbend. Die Frucht lag in regelrechter Schädellage vor und wurde mittelst der Zange leicht extrahirt. Placenta künstlich gelöst; bei der Einführung der Hand constatirte J. links seitlich eine ausgedehnte 4 Finger breite Ruptur der Uteruswand, durch welche die Darmschlingen in die Uterushöhle vordrangen.

A. Lebedew: Notizen über den Besuch ausländischer gynäkologischer Kliniken im Sommersemester 1884. (Wr. №№ 38 u. 39).

L. Litschkus: Ueber centrale Dammrisse bei Geburten. Aus dem Marien-Gebärhause zu St. Pbg. (Ibid. №№ 36—38). Ref. folgt.

F. G. Rosenbaum: Ein Fall von Ovariotomie. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

W. Tipjakow: Ueber die Entfernung der Placenta durch den Credé'schen Handgriff und die sogen. exspectative Methode. Aus d. Moskauer geburtshülfl. Klinik des Prof. Makejew. (Wr. 36 u. 37). Ref. folgt.

D. Wasserzug: Ein Fall von Haematocele retrouterina, complicirt mit einem Thrombus im linken Eileiter, zu Lebzeiten für extrauterine Schwangerschaft gehalten. (Gaz. lek. № 31). Beobachtung aus d. Klinik von Prof. Pajot in Paris.

J. Ziemacki: Einige Worte zu den Bemerkungen von Dr. Rubinstein über die Ursachen der Kindeslagen, (erschienen in Prz. lek. № 13 u. ff.) (Prz. lek. № 34).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

W. N. Dmitrijew: Kefir. — 3. Aufl. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

Nothnagel u. Rossbach: Ergänzung zur 4. Auflage des Handbuches der Pharmakologie. Nach der 5. deutschen Aufl. zusammengestellt von Dr. M. W. Hirschfeld. — St. Petersburg. 1884.

J. A. Anfimow: Ueber die Wirksamkeit von Alumen ustum bei Malaria. (Prot. Kawk. Ob. № 5. 1884/5). Ref. hat das Mittel in 6 Fällen versucht und völlig wirkungslos gefunden.

Beljakow: Ein Fall von Chinin-Idiosyncrasie. (Jesh. Kl. Gaz. № 17. 1884).

St. O. Gulischambarow: Die Bedeutung der Naphta und ihrer Derivate in der Medicin. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

F. K. Otten: Listerin. (Prot Kawk. Ob. № 5. 1884/5) Ref. hat d. Präparat in d. Sitzung d Kaukas. Gesellsch. vorgewiesen und dabei folgende Angaben gemacht: Es wird aus Baku'scher Naphta dargestellt, ist ein reines Kohlenhydrat, in der Chirurgie sehr brauchbar als Verbandmittel und durchaus geeignet das Vaselin zu ersetzen, von dem es sich unterscheidet durch höheres spec. Gewicht, höheren Schmelz- und Siedepunct, und grössere Billigkeit.

Slawatinski: Ueber die pharmakologische Wirkung des Hydrastin's. (Med. Obosr. № 16).

D. Werushski: Beobachtungen über die temperaturerniedrigende Wirkung des Kaïrin bei fiebernden Kranken (Wojenn Med. Sh. Juli). Schluss.

K. Winogradow: Ueber Veränderungen der Herzganglien bei Chloroformvergiftung. (Wr. №№ 37 - 38 u. ff.) Ref. folgt.

Balneologie, Elektrotherapie u. a. phys. Heilmethoden etc.

A. J. Schtscherbakow: Die Schlammbäder von Ssaki in der Krim. — Moskau 1884.

M. Fedossejew: Ueber kalte Abreibung. Vorläufige Mittheilung. (Wr. №№ 36 u. 38).

M. Zieleniewski: Umrisse der Hydrotherapie mit Beschreibung von vaterländischen hydrotherapeutischen Anstalten. (Med. № 31 u. ff.) Forts.

Militair- und Schiffsmedicin.

M. Reich: Die Augenkrankheiten bei den Rekruten. (Wojenn. Ssanit. D. № 35 u. 36). Schluss.

A. M. Ssemenow: Zur Frage der Heranbildung von Militair-Feldscheerern. (Wojenn Ssanit. D. № 33, 35, 36).

A. F. Stefanowitsch: Untersuchungen des Kielraum-Wassers und seine Bedeutung in hygienischer Beziehung. (Wojenn. Med. Sh. Juli). Schluss.

Hygiene.

A. Dobroslawin: Die Hygiene. Th. II. St. Petersburg 1884.

Derselbe: Ein Salzwasserofen (zur Desinfection). Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 35). Ref. folgt.

Pastor: Ueber Desinfection mit strömendem Dampfe. (Jesh. Kl. Gas. № 20).

Epidemien (Endemien), Epizootien. (Infection durch Thiergifte).

Beschluss d. Warschauer medicin. Gesellschaft über die gegen die Verbreitung der Cholera zu ergreifenden Maassregeln, sowie über die öffentlichen Hülfsmittel im Falle ihres Ausbruches. Warschau. 1884. (poln.)

Michael Janocha: Cholera, deren Verlauf, Verbreitungsweise und Prophylaxis. Rzeszow. 1884. (poln.)

J. Ilgowski: Medicinische Briefe aus den Westprovinzen in Russland. (Prz. lek. № 35). J. bespricht epidemische und endemische Krankheiten, welche in diesen Gegenden auftreten.

Obtulowicz: Einige Daten über die gegenwärtig herschenden Epidemien im Kreise *Buczacz* in Galizien. (Ibid. № 31).

Poniklo: Bericht über die Cholera-Conferenz im K. Gesundheitsamte in Berlin am 26. Juli a. c. (Ibid. № 32).

J. Tschushbinski: Ueber die Cholera und ihre Bekämpfung (Wojenn. Ssanit. D. № 35, 36).

Statistik. Medicin. Geographie u. Topographie.

A. A. Gretschichin: Die Diphtherie im Kars'schen Bezirke. (Prot. Kawk. Ob. № 5. 1884/5).

W. J. Shilinski: Medicinisch-topographische Skizze von Batum. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 38).

M. Smirnow: Sanitäre und medico-topographische Beschreibung der Reise des Klippers «Plastun» 1880—1883. (Med. Prib. Morsk. Sb. September u. October).

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit unter der Bevölkerung von St. Petersburg für Juni 1884. (Wojenn. Med. Sb. Juli).

Vermischtes.

A K Sch.: Einige anatomische Ausdrücke, Eigennamen enthaltend, mit kurzer anatomischer Definition· Jelez 1884. — Erklärungen in russischer Sprache zur anatomischen Terminologie.

Die Thätigkeit des Medicinalrathes im Jahre 1881. — C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

Bericht über die Sitzungen der medicinischen Section der Posener Gesellschaft für die Wissenschaften, am 2. Mai 1884. (Prz. lek. № 31),

A. Jacobson: Einige Apparate zur Behandlung Kehlkopfkranker. (Wr. №№ 37—38). [1) Vereinfachter desinficirender Respirator. 2) Respirator und Sputum-Sammler bei tracheotomirten Patienten].

Kwasnicki: Bericht über den Congress polnischer Aerzte und Naturforscher in Posen. (Prz. lek. № 31 u. ff.) Forts. und Schluss.

Krankenbestand der Civil- u. Kinderhospitäler St. Petersburg

am 23. September 1884.

	M.	W.	Summa.
Civilhospitäler	2137	1544	3681
Kinderhospitäler	135	119	254
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
TyphöseKrankheiten(abd., exanth., rec.)	134	48	182
Scharlach	8	9	17
Pocken	3	3	6
Venerische Krankheiten	314	354	668

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 16. — 22. September 1884 besucht von 2143 Kranken, darunter zum ersten Mal von 907.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 23. bis 29. September 1884.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
202	156	358	86	26	48	4	9	14	34	38	29	34	23	10	3	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 2, Scharlach 1, Diphtherie 6, Croup 2, Keuchhusten 10, Puerperalkrankheiten 0, Dysenterie 2, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 16, andere Gehirnkrankheiten 18, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 39, Lungenschwindsucht 62, andere Krankheiten der Brusthöhle 1, Gastro-intestinal-Krankheiten 57, andere Krankheiten der Bauchhöhle 17, angeborene Schwäche und Atrophia infant. 29, Marasmus senilis 11, Cachexia 20.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 1, Mord 0.

— Andere Ursachen 10.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Neuer Styl.	Einwohnerzahl.	Gest. ohne die Todtgeb.	Davon an Infectionskrankheiten.	Mortalität pro 1000 E. im Jahr.	Von 100 Gestorb. sind an Infectionskrankh. gest.	Auf 1000 E kommen im Jahr Geburten.
Stockholm	7-13 September	190 115	87	10	23,8	11,4	35,8
Kopenhagen	10-16 September	267 000	155	18	30,2	11,6	38,1
Berlin	14-20 September	1 225 065	662	92	28,1	13,9	35,8
Wien	14-20 September	759 849	290	9	19,8	3,1	30,7
Brüssel	7-13 September	171 293	66	2	20,0	3,0	28,8
Paris	12-18 September	2 239 928	968	111	22,5	11,4	27,6
London	14-20 September	4 019 361	1315	155	17,1	11,7	32,3
St. Petersburg	**21-27 September**	**928 016**	**372**	**38**	**20,8**	**10,2**	**31,3**

Nächste Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. October c.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. October c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5 Октября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 11 NOVEMBER 1884

Abkürzungen.

Med. Now. — Medicinskija Nowosti. (Medicinische Neuigkeiten).

Trud. Mosk. Ob. — Trudy obschtschestwa russkich wratschei w Moskwe. (Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte in Mosknu).

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

J. Tschushbinski: Julius Cohnheim und seine Bedeutung in der Wissenschaft. (Med. Westn. № 38).

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte, vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

Kuleschow: Angeborener Mangel beider Hoden und ungewöhnliche Lage des Orificium urethrae. (Russ. Med. № 30).

Putochin: Ein Fall von Hypospadia balanica cum imperforatione urethrae. (Ibidem).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre), Parasiten.

F. Penzoldt: Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth. In's Russische übersetzt von G. Szapiro. — C. Ricker. St. Petersburg 1884.

W. N. Bensengr: Das Observatorium Montsouri in Paris und die in demselben stattfindenden Untersuchungen von Dr. Miquel über lebende Organismen in der Luft. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.)

J. Maliew: Die Henninger'sche Methode zur Bestimmung des Stickstoffgehaltes im Harn. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 40).

M. Nenki: Untersuchungen über den Blutfarbstoff. (Gaz. lek. № 36.) Fortsetzung folgt.

S. von Stein: Ueber Blutkrystalle. (Russ. Med. № 31—33).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

J. Cohnheim: Vorlesungen aus der allgemeinen Pathologie. Polnische Uebersetzung aus der II. deutschen umgearbeiteten Auflage vom J. 1882, Drei Bände. B. I. S. 608. Bd. II. S. 262. B. III. S. 340 und alphabetisches Register 20 S. — Warschau 1884. Preis 5 Rbl.

S. Jaccoud: Die Lehre der speciellen Pathologie. Polnische Uebersetzung aus der VII. französischen Auflage vom Jahre 1883. Mit zahlreichen Holzschnitten und chromolithographischen Tabellen. Drei Bände. B. I. p. 928, B. II. p. 984. B. III. p. 961. — Warschau 1884.

O. Bujwid: Die Schraubenfasern der Schleimhaut im Sputum und ihre diagnostische Bedeutung. (Gaz. lek. № 39).

A. F. Wigandt: Cholesteatoma cerebelli. (Med. Westn. № 24).

Derselbe: Ein Fall eines Blasendivertikels von ungewöhnlicher Grösse. (Ibid. № 25).

Innere Medicin.

W. N. Nikitin: Handbuch der Laryngoskopie und der Krankheiten des Kehlkopfs. Lief. 2. — St. Petersburg 1884.

Strümpell: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. II. Th. I.: Die Krankheiten des Nervensystems. In's Russische übersetzt unter der Redaction von D. P. Skolosubow. — Kostylew und Ssaweljew, Moskau 1885.

T. Dunin: Kritische Bemerkungen über Dr. O. Widmann's «Krankheiten des Herzens. (Polnisch.) (Gaz. lek. № 38.)

M. J. Galanin: Ueber Tuberculosis. (Westn. Ssud. Med. Bd. III. Schluss.)

W. E. Ignatjew: Ein Fall von Abdominaltyphus bei einem 9tägigen Kinde. (Trudy Mosk. Ob. für 1883. II).

A. Krassowski: Ueber Malaria-Cachexie und ihre Behandlung. (Russ. Med. № 27.)

M. Kurlow: Ueber die Behandlung der Fettsucht mit heissen Bädern und mit dem russischen Dampfbad. Aus der Klinik des Prof. Manasseïn. (Wr. №№ 40—42). Ref. folgt.

A. Lebedew: Ein Fall von perniciösem Malariafieber, complicirt mit Urämie, welches nach allgemeiner Blutentziehung einen günstigen Ausgang nahm. (Russ. Med. № 32 u. 33).

N. Maslowski: Zur Casuistik der Atrophia muscularis progressiva familiaris. (Ibid. № 30 u. 31). Als Pendant zu seinem in № 7 u. 8 der «Russ. Medizina» mitgetheilten Falle von progressiver Muskelatrophie beschreibt Verf. zwei Fälle dieser Krankheit, welche er an leiblichen Brüdern beobachtet hat.

Putochin: Citrone bei intermittirenden Fiebern. (Ibid. № 30). Ref. folgt.

Radakow: Erysipelas und Parotitis bei croupösen Pneumonie. (Med. Obsr. 18).

W. Raspopow: Phosphaturie bei Gesunden und Kranken, welche Knochenleiden haben. (Russ. Med. № 32 u. 33). R. fand, übereinstimmend mit Baginski, Seemann und anderen Autoren, dass P_2O_5 in dem Harn von Kranken, welche an Knochenkrankheiten leiden, fast immer in geringerer Menge vorhanden ist als im Harn Gesunder. Der Procentgehalt des Harns an P_2O_5 war bei Gesunden gewöhnlich am Tage, bei Kranken dagegen in der Nacht am grössten.

Rosinski: Ueber die Behandlung der diffusen Nephritis mit Ergotin. (Gaz. lek. № 37 u. 38). Ref. folgt.

Schtscheglow: Behandlung der Dysenterie mit Ausspülungen des Dickdarms mittelst 0,05% Carbolsäure-Lösung. (Russ. Med. № 31 u. 32). Ref. folgt.

J. Trussewitsch: Kaïrin innerlich und subcutan, verbunden mit gleichzeitigen Carbolsäure-Clysmen, als bestes die Temperatur herabsetzendes Mittel. Aus der Chronik der Erysipel-Abtheilung des Kronstädter Marine-Hospitals. (Wr. № 39, 40 u. ff.).

M. G. Zitrin: Ein Fall von croupöser Pneumonie, complicirt mit Epilepsie. (Med. Westn. № 31 ff.)

Derselbe: Eis als Mittel gegen Uebelkeit und Erbrechen. (Ibid. № 25.)

Chirurgie.

A. Bjelzow: Ueber die neuesten Vervollkommnungen bei Anlegung des Torfverbandes. (Wr. № 39). Referat folgt.

B. Goldfeld: Ein einfaches Mittel, um den Gypsverband billiger zu machen. (Ibid. № 39). Von der Ansicht ausgehend, dass wenn man beim Abnehmen des Gypsverbandes die darunter liegende Flanellbinde schonen kann, der Verband (?) billiger wird, proponirt Vf. beim Anlegen des Verbandes die Flanellbinde mit Firnisspapier zu bedecken und dann erst die Gypsbinden darüber zu legen. Jedenfalls wird der *erste* Verband dadurch nicht billiger.

A. Goldhaber: Beitrag zur Wundbehandlung mit Sublimat. (Prz. lek. № 38). Ein Fall von acuter Vergiftung nach zweimaliger Ausspülung eines Mammaabscesses mit 1‰ Sublimatlösung. — Genesung.

A. J. Kogan: Das Struma und seine chirurgische Behandlung. (Med. Westn. № 37 ff.)

N. A. Lasarew: Ein nussgrosser Kehlkopfpolyp, Operation mit glücklichem Ausgange. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II).

Derselbe: Zur Casuistik der Fremdkörper des Oesophagus. (Ibidem.)

H. Schramm: Beiträge zur Lehre über die Enucleation des Kropfes. Nach einem Vortrage auf der Posener Ver-

sammlung. Aus der Klinik von Prof. Mikulicz in Krakau. (Prz. lek. № 36, 37, 38). Ref. folgt.

Prof. *Sklifossowski*: Ein Panzer für Rückgratsverkrümmungen. (Wr. № 41). Ref. folgt.

A. Sujew: Eine Nähnadel in der Luftröhre. Cricotomie. Genesung. (Med. Prib. Morsk. Sb., October). Ein Matrose hatte beim Nähen die Nadel in den Mund genommen und beim Husten flog sie in die Trachea. Extractionsversuche an der Hand des Laryngoskops ohne Erfolg. Nach der Cricotomie gelang die Extraction der querstehenden Nadel (3,9 Ctm. lang, № 3), nachdem sie auf die Hälfte zerbrochen.

L. Szuman: Wie sind die antiseptischen Methoden der Wundbehandlung in der Privat- und Armenpraxis am besten anzuwenden? (Gaz. lek. № 36. Schluss).

Uranossow: Fall von eingeklemmtem Nabelbruch. (Med. Obs. № 18.)

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

W. Day: Ueber Kopfschmerzen, ihre Natur, Ursachen und Behandlung, ins Russische übersetzt von T. Trussewitsch. — St. Petersburg 1885.

W. Bréganski: Ueber dic Arsenparalysen. (Med. № 36.) Schluss.

W. E. Ignatjew: Zur Casuistik des Torticollis neonatorum. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.).

P. J. Kowalewski: Tabes dorsalis illusoria. (Med. Westn. № 29). — Ein genau beschriebener Fall.

N.: Zur Therapie der Lumbago. (Med. № 39).

Oserezkowski: Ueber Neuritis multiplex. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II).

M. Popow: Ueber Neuritis multiplex degenerativa. (Med. Prib. Morsk. Sborn. October). (Compilation, ohne eigene Beobachtungen).

Radakow: Psychose nach croupöser Pneumonie. Ein Fall. (Russ. Med. № 27). Nach einer regelmässig verlaufenen, mit Diarrhoe complicirten Pneumonie trat am 11. Tage, nachdem die Temperatur bereits einige Tage sich normal gehalten, plötzlich Aufregung und anhaltend heitere Stimmung mit Wahnideen auf, welcher Zustand 4 Tage dauerte. 8 Tage später konnte Pat. als gesund entlassen werden. Diese Psychose erklärt R. durch acute Anämie der Rindensubstanz des grossen Gehirns

J. Th. Schatalow: Ein Fall von Tetanus chronicus. (Trud. Mosk. Ob. für 1883, II.).

J. W. Sinowjew: Zur Aetiologie der Paraesthesie des Pharynx. (Ibidem)

K. Zutawski: Ein Fall von Delirium acutum. Beobachtung aus dem St. Lazarus-Hospital in Krakau. (Prz. lek. № 36). Schluss.

Hautkrankheiten.

W. Jablonowski: Medicinische Casuistik aus der Türkei. Unter dem Namen «Agra» oder «Kiellik-ilety» herrscht bei Berg- und Landbewohnern aus dem Stamme Zebeken eine favusartige Erkrankung der behaarten Kopftheile, welche zum Theil ansteckend, zum Theil wie es scheint auch hereditär ist. Die Therapie besteht hauptsächlich in der Epilation, welche in diesen Gegenden stark verbreitet ist und im Volke sich des grössten Rufes erfreut. (Prz. lek. № 36).

A. J. Pospelow: Ein seltener Fall von Ernährungsstörung der Haut. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.)

Venerische Krankheiten. Prostitution.

N. P. Domaschnew: Ein Fall von günstiger Wirkung heisser Bäder im gummösen Stadium der Syphilis. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II).

W. E. Ignatjew: Ein Fall von syphilitischen Darmgeschwüren beim Säugling. (Ibidem).

W. Ljessenewitsch: Ein Fall von cerebraler Syphilis. (Russ. Med. № 29).

A. Sabolotski: Harter Schanker des oberen Augenlides. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II).

K. Schadek. Die primären Indurationen im Rachen. (Med. Westn. № 28. ff.)

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

P. Argutinski: Ueber die Wirkung des Antipyrins bei croupöser Pneumonie der Kinder. Aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg. (Wr. №№ 41. ff.)

W. N. Bensengr: Allgemeine Fürsorge in Paris: das Asyl «Hospice des enfants assistés» und seine Abtheilung für Ernährung syphilitischer Kinder durch Eselinnen. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.)

W. Budsko: Materialien zur Vaccination der Findelkinder. (Ibidem).

Prof. Kosinski: Nephrectomia, am 13. März d. J. in der chirurgischen Klinik ausgeführt in Warschau. (Med. № 39). Ref. folgt.

A. Malinowski: Rechtsseitiger Pneumothorax im Verlaufe von Stickhusten bei einem Kinde. (Gaz. lek. № 38).

J. Puterman: Ein Fall von Anurie bei einem zwei Tage alten Kinde. (Ibid. № 36).

N. G. Woronow: Die Grenze des Gewichtsverlustes bei Säuglingen welche an Inanition sterben. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.)

Derselbe: Ueber den beobachteten Unterschied in der Gewichtszunahme bei Säuglingen von grösserem und kleinerem Körpergewicht. (Ibidem).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

D. Below: Zur Bestimmung des dynamischen Gleichgewichts der Augenmuskeln. (Westn. Oft. Chod. Heft 3 u. 4).

A. Chodin: Bericht über die Augenklinik der Wladimir-Universität. (Ibidem).

J. Jegorow: Ein Fall von epibulbärem melanotischem Sarcom des Auges. (Ibidem).

B. Kolbe: Ueber Bestimmung der Helligkeit und Intensität der Pigmentfarben. (Ibidem.)

Lunz: Ein Fall von completer Amaurose hysterischen Ursprungs, von etwa 2jähriger Dauer, geheilt durch Metallotherapie. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.).

A. Maklakow: Ueber eine veränderte Methode der Fixirung des Bulbus bei Augenoperationen. (Westn. Oft. Chod. 3 und 4).

K. Schadek: Affection der Cornea in Folge von Syphilis. (Ibidem).

S. Troizki: Jequirity in der Hospitalpraxis, (Russ Med. № 30). T. ist durch 14 monatliche Anwendung des Inf. Jequirity im Hospital zu der Ueberzeugung gekommen, dass dasselbe häufiger als die gewöhnlich üblichen Mittel des Trachoms (und auch Aufhellung des Pannus) bewirkt und somit eine werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes ist.

Geburtshülfe, Gynäkologie.

N. Andrejew: Können gewisse Entwickelungsfehler der Vagina ernste Geburtshindernisse bewirken? (Wratsch № 39). Durch Schlesinger's Mittheilungen im Wratsch № 2. a. c. veranlasst, theilt Vf. einen Fall mit, wo er bei einer 21jährigen Gebärenden in der Vagina ein Septum fand, welches 3 Fingerbreit über dem Introitus begann und die Scheide in 2 Theile theilte. Trotzdem verlief die Geburt leicht. Daher spricht sich Vf. entgegen Schlesinger dahin aus, dass derartige Entwickelungsfehler der Vagina ohne Bedeutung seien.

N. Fenomenow: Ueber die chirurgische Behandlung der Dammrisse: (Wr. № 41). Auf Grund der Beobachtung auf der Prof. Schröder'schen Klinik im verflossenen Sommer und dreier eigener Fälle plaidirt Vf. warm für die Schröder'sche Etagennaht. Selbständiges enthält die Arbeit nicht.. Doch meint F.. dass ausser ihm und Prof. Slawjanski noch Niemand in Russland die Schröder'sche Naht angelegt hat (?).

C. G. Janpolski: Tod einer Puerpera, 1½ Stunden nach der Geburt. (Med. Westn. № 37.)

J. M. Lwow: Chronischer Alcoholismus, Schwangerschaftsappetitus und Ursache von Frühgeburt. (Med. Westn. № 33). — Ein derartiger Fall wird beschrieben.

M. D. Nikitin: Ueber den Einfluss äusserer Traumen auf den Ausgang der Schwangerschaft. (Trud. Mosk. Ob. für 1883. II.).

Rodsewitsch: 2 Fälle von heftigem Erbrechen bei Schwangeren. (Russ. Med. № 28). In beiden Fällen half der Gebrauch

von Bier in kurzer Zeit. Das Erbrechen kehrte nicht mehr wieder.

M. Woskressenski: Das kyphotische weibl. Becken, complicirt durch Rhachitismus. (Wr. №№ 41—42).

M. Zweigbaum: Prolapsus vaginae cum descensu uteri. Elongatio colli uteri. Partielle Resection der Scheide und Amputation der Portio vaginalis. Genesung. (Gaz. lek. № 39).

Arzneimittellehre, Toxikologie.

Blumenberg (weibl. Arzt): Zur Frage über die Cotoïnwirkung. (Wr. №№ 39—41). Ref. folgt.

W. Dobroklonski: Das Monosulphophenol oder Aseptol. (Med. Now. № 7).

W. Favre (Charkow): Bedeutung der Convallaria majalis in der Therapie der Eklampsie. (Russ. Med. № 27).

Filipow: Trichlorsäure und ihre Wirkung. (Med. Obsr. 18).

A. Lipski: Vergiftung durch Morcheln. (Russ. Med. № 32). Zwei Fälle.

Nega: Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener Quecksilberpräparate, welche auf die äussere Haut applicirt werden. (Gaz. lek. № 37).

D. Schkolnik: Alumen ustum bei Intermittens. (Russ. Med. № 29). Wie Dr. Grigorjew bei den kaukasischen, so fand Sch. auch bei bessarabischen intermittirenden Fiebern, dass das von Szydlowski und Ssawwinski empfohlene Alumen ustum in keiner Weise das Chinin ersetzen kann.

Balneologie, Elektrotherapie etc.

L. Bertenson und *N. Woronichin:* Die Mineralwässer, Schlamm- und Seebäder Russlands und des Auslandes. 3. Aufl. C. Ricker. — St. Peterburg 1884.

A. Grigorjew und *A. Musykantow:* Ueber die Anwenwendung der Faradisation bei Intermittens. (Russ. Med. № 29 und № 30). Die Resultate der Anwendung der Faradisation (1 bis 2 × täglich in der Apyrexie) bei Intermittenskranken im Militär-Hospital von Temir-Chan-Schura waren folgende: Die Faradisation coupirte in vielen Fällen schnell die Paroxysmen und bewirkte vollständige Heilung. Dabei blieb es sich gleich, in welcher Form (örtlich oder allgemein) die Faradisation angewandt wurde und welchen Typus die Anfälle hatten. Der Procentsatz der Heilungen durch Faradisation war jedoch nicht so bedeutend, dass die Elektricität in dieser Beziehung mit dem Chinin concurriren konnte. Revidive kamen ebenso häufig vor, wie bei der Behandlung mit Chinin. Die örtliche Faradisation bewirkte eine Volumabnahme der Milz, die allgemeine Faradisation aber blieb ohne jegliche Wirkung auf das Volumen der Milz.

W. N. Kossowski: Zur Physiologie und Therapie der Salzbäder. (Med. Westn. № 27).

Militair- und Schiffsmedicin.

F. J. Nikolajew: Die Selbstverstümmelung im Militär. (Wojenn. Ssan. D. № 41).

J. Schmulewitsch: Die Section für Militärmedicin auf dem internationalen medicinischen Congresse in Kopenhagen. (Ibid. № 39. ff.).

P. O. Smolenski: Gegenstand und Aufgabe der Militär-Hygiene. (Ibid. №. 39. ff.).

A. Ssudakow: Die Militärhospitäler und die örtlichen Lazarethe. (Ibid. № 39. ff.).

S. F. Unterberger: Döker's zerlegbare Zelte. (Ibid. № 40).

Staatsarzneikunde.

Th Archangelski: Ein Fall von Selbstmord. (West. Ssud. Med. Bd. III.).

Blumenstok: Gerichtlich-medicinische Gutachten der medicinischen Facultät in Krakau. XIII. Fractura cranii. Tod durch Erdrosseln oder durch Ertrinken? (Prz. lek. № 35).

F. Patenko: Ueber den Stand der gerichtlichen Medicin in Wien. (Westn. Ssud. Med. Bd. III).

J. Schaitter: Gerichtlich-medicinische und medicinisch-polizeiliche Casuistik. VIII. Ein Fall von versuchtem Mord und Selbstmord durch Durchschneidung der Bauchdecken. (Prz. lek. № 37).

M. Zawadzki: Gerichtlich-medicinische Notizen. 1. Expertenthätigkeit der Aerzte in gerichtlich-medicinischen Fällen. II. Nothzucht. III. Irrthümer bei den gerichtlich-medicinischen Gutachten und die nothwendige Reorganisation des gerichtlich-medicinischen Verfahrens. (Med. № 37 und 38).

Hygiene.

W. N. Bensengr: Ueber die Assainirung der Städte. — Moskau 1884.

Bericht der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission für 1881—1884. — St. Petersburg 1884.

P. A. Dobytschin: Das Landarzneiwesen im Süden Russlands. (Med. Westn. № 29. ff.).

J. J. Janschul: Das Fabrikswesen im Moskauer Gouvernement. Bericht des Fabrikinspectors. (Ibid. № 36 und 37).

Stepanow: Die Einzelhaft in den Militär-Gefängnissen. (Westn. Ssud. Med. Bd. III. ff.).

A. S. Wirenius: Das Verhältniss des Gehaltes an Kohlensäure in den Klassen und Schlafräumen der Unterrichtsanstalten zur materiellen Einrichtung derselben. (Ibidem).

Epidemien, Epizootien.

N. K. Schtschepotjew: Die Pest- und Cholera-Epidemie im Astrachanschen Gouvernement. — Kasan 1884.

G. Fritsche: Quarantaine und die heurige Cholera. (Med. № 37).

M. J. Galanin: Die Cholera in Europa 1883. (Westn. Ssud. Med. Bd. III).

D. Nikolski: Die Epidemie des exanthem. Typhus in der Njasepetrowskischen Fabrik (Krasnoufimscher Kreis) im Jahre 1882—1883. (Med. Westn. № 25. f.)

S. W. Possadski: Die Cholera in Frankreich, Italien und Spanien. (Ibid. № 38).

Statistik. Medicin. Geographie u. Topographie.

Awsitidiski: Zur Statistik des Trachoms. (Russ. Med. № 29). Bei der Untersuchung der Wehrpflichtigen des Kreises Ananjew (Gouv. Chersson) fand A. in den Jahren 1882 und 1883 zusammen unter 1137 Wehrpflichtigen 6,77 % mit Trachom Behaftete. Das grösste Contingent von Trachomatösen lieferten die Moldawanen, dann die Kleinrussen und die Juden. Bei Deutschen, Polen und Grossrussen wurde kein Fall constatirt.

A. Coghen: Bemerkungen über den medicinischen Bericht des k. k. Sanitätsrathes. (Prz. lek. № 36).

Hossard: Bericht über die Thätigkeit des V. (medicinischen) Departements des Landesausschusses für Galizien. — Lemberg. (Auszug ibidem).

A. Lipski: Zur Statistik und Aetiologie der Steinkrankheit in Russland. (Med. Now. № 1—3 und 5).

Shbankow: Die Landschaftsmedicin und Erkrankungsstatistik im Kreise Ssoligalitsch (Gouv. Kostroma). (Russ. Med. № 28).

Vermischtes.

Das 50jährige Jubiläum der Allerhöchst bestätigten Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg. C. Ricker. — St. Petersburg 1884.

G. Fritsche: Neue Universitätsreform. (Med. № 38).

P. S. Jewsejenko: Anzeichen einer neuen Richtung in der Medicin. (Med. Westn. № 32. ff.)

M. Kapustin: Ein Schultisch für Kinder jeglichen Alters. (Wr. № 40). Beschreibung eines Schultisches, bei welchem an der Bank der Sitz und das Fussbrett beliebig verstellbar.

Koltschewski: Ein billiger gläserner Irrigator. (Russ. Med. № 29).

Prof. *Kremjanski:* Vorschläge in Bezug auf die Vorlesungen der speciellen Pathologie und pathologischen Anatomie und die therapeutischen Kliniken an den russischen Universitäten. (Russ. Med. № 28—31).

Jacob Natanson: Nekrolog. (Med. № 38).

W. Sigrist: Ueber die Bandage des Dr. Féris für Emphysematiker. Aus der propädeut.-therapeut. Klinik des Prof. Manassein. (Wr. № 40). Ref. folgt.

Alleinige Annahme der ausländischen Annoncen (mit Ausnahme der Bücher-Anzeigen) in den **Central-Annoncen-Expeditionen** in **Moskau**, Petrowka № 6 und in **St. Petersburg**, Newsky № 8.

Neu erschienene medicinische Werke.

Vorräthig in der Buchhandlung von

Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect № 14.

Бильротъ. Общая хирургическая патологія и терапія. 5-е русское изд. 1884. 4 Rbl. 50 Kop.

Дамманъ. Гигіэна сельскохозяйственныхъ домашнихъ животныхъ. Часть I. 1884. 2 Rbl. 50 Kop.

Климовичъ. Наставленіе для приготовленія бутылочнаго кефира. 1884. 20 Kop.

Hammond. Половое безсиліе у мужчинъ. Перев. съ англійскаго. 1884. 2 Rbl.

Boquin. Du rhumatisme oculaire. 1884. 1 Rbl. 25 Kop.

Dastre et Morat. Recherches expérimentales sur le système nerveux vasomoteur. 1884. 3 Rbl.

Farabeuf. Précis de manuel opératoire. Avec 600 figures dans le texte. 1884. 7 R. 50 K.

Grünewald. Ueber die humanitäre und wissenschaftliche Bedeutung kleiner Gebärasyle nebst einem Bericht über die Vorkommnisse in dem Gebärasyle des Verfassers. 1884. 1 Rbl. 20 Kop.

Preyer. Eléments de physiologie générale. Traduit de l'allemand. 1884. 2 Rbl. 50 Kop.

Vogt. Traité d'anatomie comparée pratique. 5-me livr. 1884. 2 Rbl. 50 Kop.

Huguet. Le choléra, ses causes et sa nature. 1884. 40 Kop.

Въ книжныхъ магазинахъ поступили въ продажу слѣдующія книги:

Руководство

къ изученію

Ларингоскопіи

и

БОЛѢЗНЕЙ ГОРТАНИ.

Б. Н. НИКИТИНА,

Доцента Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Цѣна 2 руб., съ пересылкою 2 руб. 25 коп.

Болѣзни носовой полости.

Того-же автора.

Цѣна 60 коп., съ перес. 75 коп.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Ueber Ptomaine

von Professor Dr. **L. Brieger,**

Assistent der 1. medicin. Universitäts-Klinik in Berlin. 187 (1)

gr. 8. Preis 1 M. 60 Pf.

Ein zuverlässiger Mann, der deutsch und russisch versteht, vertraut mit Haus- und Fabrikverwaltung, auch mit der Maschinenbranche, sucht eine Stelle. Zu erfragen Измайловскій п. 10 рота д. 10 кв. 4.

Verbandmoos, Moosblätter, Moosäste, Moosfilze und **Mosskissen** zu dem Dr. Leisrink'schen Verbande als vorzügliches und billigstes Material für Wundbehandlung in Spitälern, auf Schiffen und im Felde empfiehlt jeden Posten

G. Boekstroem

in Neustrelitz, Deutschland.

Alleiniger Aussteller auf dem internationalen Congresse in Copenhagen. 182 (2)

Central-Depot für Verband-Waaren

von

ALEXANDER WENZEL

St. Petersburg, Kasanskaja Nr. 3, Magazin Nr. 7.

Jodoform-, Salicyl-, Thymol-, Carbol- und **Jod-Watten** und **-Juten, Lister's antiseptische Verband-Binden** und **Schienen** jeder Art, **gebrannten Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband, Verband-Ranzen, Feldflaschen, Feldscheer-Taschen, chirurgische Bestecke** und sämmtliches **Zubehör** für **Sanitäts-Abtheilungen** der **Regimenter.** 157 (20)

Detaillirte Engros-Preis-Courante stehen auf Verlangen jederzeit zur Verfügung.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

Ueber die Wirkungsweise spricht sich unter Anderen auch der Kais. Leibarzt

Prof. Dr. Zdekauer

184 (15)

folgendermassen aus: **„ist ein sicheres und kräftiges Abführmittel, was bei dem starken Gehalt an Bitter- und Glaubersalz, nicht anders zu erwarten war“.** St. Petersburg, 24. Mai 1884.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

Vorräthig in den Mineralwasser-Depôts. **Die Direction in Budapest.**

---

30 **Kurort Ober-Salzbrunn**

Schlesien.

Alkalische Quellen ersten Ranges; durch Temperaturverhältnisse und Gasreichthum besonders zu Versendungen geeignet; **bewährt in Krankheiten der Athmungsorgane, des Magens, der Blutmischung, in Harnsäurediathese etc. — Saison** im Kurort vom Anfang **Mai** bis Ende September. — **Versendung des „Ober-Brunnens“** (Schlesischer Obersalzbrunnen) und des „Mühl-Brunnens“ **zu jeder Zeit.** **Fürstlich Pless'sche Brunnen-Inspection.**

In der Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14 ist vorräthig:

REAL-ENCYCLOPÆDIE

der

GESAMMTEN HEILKUNDE.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHES HANDWÖRTERBUCH

für

PRAKTISCHE ÆRZTE.

Herausgegeben von Prof. Dr. **A. Eulenburg.**

15 Bände, gebunden 1880—1883. 157 Rbl. 50 Kop.

Ich traf am 20. October in **SAN REMO** ein.

176 (1) **Dr. Secchi.**

VICHY

Depot in Paris, 8, boulevard **Montmartre.**

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

Zu haben bei: **Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Gesellschaft, H. Klos & Co.**

Verlag von Carl Ricker in St. Petersburg,

Newsky-Prospect № 14.

Dr. W. Podwyssotzki (Sohn)

KEFYR

Kaukasisches Gährungsferment und Getränk aus Kuhmilch. Seine Geschichte, Literatur, Zubereitung, Zusammenhang, sowie physiologische und therapeutische Bedeutung.

Preis 80 Kop.

Mit Versendung 1 Rbl.

Vorräthig in der Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14:

Die Keimbildung

der

DORPATER LANDSMANNSCHAFTEN.

Eine kritisch-historische Untersuchung

der

Theodor Neander.

Mitau 1884. 2 Rbl. 20 Kop., mit Versendung 2 Rbl. 40 Kop.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 2 Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 12 DECEMBER 1884

Allgemeine Literatur, Geschichte etc.

F. Herrmann: Historische Skizze des 100jährigen Bestehens des Obuchow-Hospitales. — St. Petersburg 1884.

Anatomie, Physiologie, Entwickelungsgeschichte etc.

J. J. Fedorow: Resultate der Untersuchungen über die Entwickelung der Sternocostalgelenke. (Med. Westn. 84/41).

Janowski: Ueber den Einfluss von reichlichen Wassermengen auf den Organismus, bei Eingiessungen derselben in den Magen. (Jesh. klin. Gaz. № 25 ff.).

Landzert: Ueber den Gefühlsausdruck beim Menschen. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1884. Lief. I).

A. L. Rawa: Ueber das Verwachsen von Nerven verschiedener Bestimmung und Function. (Wojenn. Med. Sb. September).

Simanowski: Material zur Lehre vom Stoffwechsel im Organismus unter dem Einfluss von künstlich gesteigerter Körpertemperatur. (Jesh. Klin. Gaz. № 23 ff).

Derselbe: Zur Lehre von der Kehlkopfinnervation. Vorläufige Mittheilung. (Ibid. № 25)

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre), Parasiten.

J. W. Bertenson: Commissionsbericht über experimentelle Milzbrandimpfung. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1884. Lief. I).

O. Bujwid: Mikroskopie und Mikrochemie des Sputum bei Erkrankungen der Athmungszweige. Mit 6 chromolithographischen Tafeln. Warschau 1885. (poln.). 1 Rbl.

Pöhl: 1) Ueber den Einfluss der Bewegung auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen; 2) bacterioskopische Untersuchungen von Schnee und Eis. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1884. Lief. I).

Derselbe: Ueber Ptomaine. (Ibidem).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Allgemeiner Theil. Nach der II. deutschen Auflage ins Polnische übersetzt von Dr. Wenzel Mayzel, Warschau 1884. In 8°. XXIII und 338 mit 118 Holzschnitten im Text. 2 Rbl.

N. P. Iwanowski: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Lief. 4. — St. Petersburg 1884.

Botkin: Ueber die Wanderniere. (Jesh. Klin. Gaz. № 23).

Derselbe: Ueber die Wandermilz. (Ibid. № 23).

M. Maszkowski: Ein Fall von natürlich-experimenteller Reizung der Nn. vagi beim Menschen. (Med. № 43). Bei einem 21 J. a. Manne sind zu beiden Seiten des Halses Fisteln entstanden, welche bis zu den tieferen Lymphdrüsen (Periadenitis) führten. Die mechanische Reizung dieser Fistelgänge hatte einen deutlichen Einfluss auf die Frequenz der Herzschläge, sowie auch auf die sphygmographische Form der Pulscurve.

Innere Medicin.

Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie. Bd. I, Th. 4. Handbuch der Inhalationstherapie von Oertel, ins Russische übersetzt unter der Redaction von W. A. Manassein. — C. Ricker. — St Petersburg 1884.

L. Bertenson: Einige Worte über die Bandage Féris (gegen Emphysema pulmonum). Wr. № 44. (Sehr günstiger Erfolg bei einem Pat., der Jahrelang an Emphysem leidet).

N. de Carlino: Zur Therapie des Singultus gravis. (Med. Westn. 84/42). Vrf. beschreibt 2 Fälle von schwerem Singultus, in denen er das von Leslie für leichtere Fälle schon empfohlene Verfahren — Gaben von 25 Gran Chlornatrium (in den concreten Fällen 2 und 3 Mal) — mit glänzendem Erfolge angewandt hat. Zur Erklärung dieser Wirkungsweise des Salzes glaubt er Prf. Nothnagels Erklärung für seine Beobachtung (Coupiren einer epileptischen Aura durch eine grosse ClNa-gabe) heranziehen zu können — nämlich eine Reflexhemmung unter Einfluss des directen Reizes der Vagusverzweigungen im Oesophagus und Magen durch das Salz.

Jeleriski: Ueber die günstige Wirkung von Jodkalium bei der Behandlung des Abdominaltyphus. (Prz. lek. № 40 u. ff).

Langowoi: Zur Frage von der septischen Endocarditis. (Med. Obsr. № 21). Ref. folgt.

P. A. Milowsorow: Ein Fall von Addison'scher Krankheit. (Med. Westn. 1884, № 42, 43).

Mitropolski: Antipyrin bei Abdominaltyphus und croupöser Pneumonie. (Med. Obsr. № 21). Ref. folgt.

P. Solomin: Pneumonia crouposa traumatica. (Med. Westn. 84/40). Ein Fall, in dem sich eine croupöse Pneumonie direct an ein Trauma anschliesst. Dass sie Folge desselben, wie Vf. meint, ist wohl fraglich.

W. Stange: Darmperforation bei Abdominaltyphus mit Ausgang in Heilung. (1 Fall aus der Privatpraxis). (Wr. № 43).

Vorstaedter: Ueber die Anwendung von Bromsilber in statu nascendi bei Diphtheria faucium. (Gaz. lek. № 44).

Chirurgie.

Neuber's Anleitung zur Technik der antiseptischen Wundbehandlung und Anlegung der Dauerverbände, ins Russische übersetzt von Dr. A. Grünbaum. — Warschau 1884.

N. Studenski: Cursus der Orthopädie. — C. Ricker. — St. Petersburg 1885.

A. Feoktistow: Einige Worte über die chirurgische Behandlung des Keloid-Fibrosarcoms. (Wr. № 43). (1 Fall).

Hering: Chromsäure als Heilmittel bei den Erkrankungen der Nase, des Pharynx und Larynx. Vortrag gehalten auf d. VIII. internationalen Congress zu Kopenhagen am 10. August a. c. Ref. folgt. (Gaz. lek. № 41).

M. Jakowlew: Die elastische Binde bei eingeklemmten Brüchen. (Wr. № 44). Bei 6 Pat. wurde die elastische Binde entsprechend dem Vorschlage Maisonneuve's angelegt, 5 Mal mit Erfolg, 1 Mal musste doch zur Herniotomie geschritten werden.

F. Jankowski: Ueber Paralysen der Larynxmuskeln nach Kropfexstirpation. Aus der ambulatorischen Klinik von Prof. Jurasz in Heidelberg. (Prz. lek. № 44). Fortsetzung folgt.

J. Machcewicz: Fall von Verbrennung des Gesichtes, beider Lider und Hornhäute in Folge einer Explosion. (Med. № 45).

Prof. *J. Mikulicz*: Ueber die Vereinfachung des antiseptischen Verbandes. (Prz. lek. № 42 und 43). Ref. folgt.

A. W. Minin: Zur Casuistik der Osteosarcome. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1884. Lief. I).

Nadeshdin: Tracheotomie in einem Tempo. (Med. Obsr. № 21). Ref. folgt.

A. Poznanski: Eine Kugel als Kern eines Harnblasensteines. (Gaz. lek. № 44). — Bei der Lithothripsie erwies sich die Unmöglichkeit den Kern zu sprengen. Lithotomie. Extraction der Kugel. Aus der Anamnese ergiebt sich, dass der Pat. vor einigen Wochen während eines Gefechtes in die Blasengegend verwundet war.

Derselbe: Ein Fall von wiederholter Tracheotomie in Folge von Croup. (Ibid. № 44).

Rosanow: Durch Druck geheilte Hydrocele. (Med. Obsr. № 21).

Schramm: Beiträge zur Lehre von der Kropfexstirpation. Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Mikulicz in Krakau. (Prz. lek. № 40). Schluss.

Ssolowjew: Fall von operativer Heilung einer Vesicourethralfistel. (Med. Obsr. № 19).

M. Ssubbotin: Antrittsvorlesung des Docenten der theoretischen Chirurgie an der Universität Charkow. (Wr. №№ 43 und 44). (S. vergleicht den Zustand der operativen Chirurgie vor und nach Einführung der Antiseptik).

Weljaminow: Ueber Trepanation des Proc. mastoideus. (Ssoob. i Prot. SPbg. Ob. 1884. Lief. I).

J. Zabludowski: Allgemeine Bemerkungen über die Massage in der Chirurgie und deren technische Anwendung (Vortrag, gehalten auf dem internationalen Congress in Kopenhagen am 16. August 1884), (Gaz. lek. № 42). Ref. folgt.

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

A. Rothe: Psychopathologia forensis, oder die Lehre über die Geisteskrankheiten. Mit Rücksicht auf ihre gerichtliche Bedeutung und die Beziehungen zu den gerichtlichen Codices im Zarthum Polen und Galizien. (Poln.). — Krakau, 1884.

Bechterew: Die Theorie über die Entstehung unserer Vorstellungen vom Raume. (Westn. Psich. Mersh. II, 1.)

Bechterew und *Rosenbach*: Zur Physiologie der Intervertebralganglien. Ueber die Veränderungen des Rückenmarks unter dem Einflusse der Durchschneidung der Nervenwurzeln. (Ibidem.)

Danillo: Ueber die Fürsorge für die sogen. geisteskranken Gefangenen. (Ibidem.)

Greidenberg: Zur Symptomatologie der primären Verrücktheit. (Ibidem.)

Sikorski: Ueber die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins. (Ibidem.)

M. Sobolew: Verlust des Sprechvermögens nach einem Krampfanfalle. (Med. Westn. 1884, № 30).

Tarnowskaïa: Ueber die Veränderungen des Rückenmarks nach Dehnung des Ischiadicus. (Westn. Psich. Mersh. II, 1.)

Rosenbach: Ueber die Pathogenese der Epilepsie. (Ibid.)

Derselbe: Ueber die der Lepra eigenthümlichen neuropathologischen Erscheinungen. (Ibidem.)

Hautkrankheiten.

G. Behrend's Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Aufl. in's Russische übersetzt unter der Redaction von Dr. A. J. Pospelow. — Moskau, 1885.

W. Jablonowski: Medicinische Casuistik aus der Türkei. (Fortsetzung.) (Prz. lek. № 38). Die Bartpflege im Orient ist bei Türken, Arabern und Persern durch die traditionelle Sitte sanctionirt und bildet sogar einen durch Koranspruch bestätigten religiösen Act sui generis. Dabei werden die Haare durch verschiedene Heilmittel (zum grössten Theil geheime) maltraitirt. Einerseits wird der Haarwuchs künstlich gereizt, um den Bart üppig wachsen zu lassen; auch wird der Bart mit verschiedenen Farben gefärbt. Nur die Perser allein haben die alterthümliche Sitte behalten, den Bart mit ‹*Henne*› (türk.) zu färben. Die im Volksmunde populäre ‹Henne› ist eine Mischung von pulverisirter ‹*Lausonia sorbilis*› mit Eichenrinde und gelöschtem Kalk in verschiedenen Verhältnissen. Wenn man ausserdem noch die mangelhafte Hautcultur berücksichtigt, so wird man gar nicht über die Häufigkeit und Verschiedenheit der Aceneformen bei Bartträgern staunen. Staunenswerth ist aber der Umstand, dass man auch bei Weibern und bei denjenigen Völkern, welche den Bart rasiren, zuweilen den hartnäckigsten Aceneformen begegnet. Die einheimische Medicin bedient sich in leichteren Fällen einfacher Abwaschungen mit Decocten, Infusen oder Säften, aus Feigen oder anderen erweichenden Früchten. Die pustulöse Acneform am Barte, welche zweifellos parasitärer Natur sein muss, wird von den türkischen Apothekern und Barbieren mit der sogenannten ‹indischen Methode› behandelt. Diese Methode besteht im Durchstechen der Pustel mit einer Nadel vom ‹Boab-Baume› (Adansonia digitata), Auspressen des Pustelinhalts, Einträufeln von einigen Tropfen concentrirten Essigs, Auswaschen mit schwacher Alaunlösung und Bestreuen mit Pulver von Boabnadeln.

Venerische Krankheiten. Prostitution.

F. Kudsinowitsch: Zur Frage über den Einfluss acuter Infectionskrankheiten auf den Verlauf der Syphilis. (Prot. Kawk. Ob. 1884/85, № 6.)

Sabolozki: Ein Fall von wiederholter Infection mit Syphilis. (Med. Obsr. № 21.)

K. Schadek: Die Syphilis in der Reihe der anderen parasitären Krankheiten und der Kampf des Organismus mit dem syphilitischen Contagium. (Med. Westn. 1884, № 44 ff.). Ref. folgt.

Kinderkrankheiten und -Hygiene.

S. Meyerson: Ueber das unerwartete Auffinden von Fremdkörpern in der Nasenhöhle bei Kindern. (Med. № 43.) Zwei Fälle.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

M. Reich: Ueber die beste Beleuchtung der Schultische. (Sep.-Abdr. aus ‹Kawkas›, № 249.)

J. Kazaurow: Ueber die locale Wirkung des Cocaïn auf's Auge. (Wr. № 43). Ref. folgt.

C. Rumszewicz: Ueber die Hornhautapoplexien. (Med. № 42). Im Verlaufe einer reactiven Hornhautentzündung, welche nach Ammoniakverbrennung entstanden, ist in Folge einiger schädlichen Momente beträchtliche Hämorrhagie in die Substanz der Cornea entstanden. Nach 4 Tagen totale Resorption und nach 2 Wochen Heilung.

Szokalski: De l'influence des muscles obliques de l'oeil sur la vision et de leur paralysie. (Gaz. lek. № 43.).

Wicherkiewicz: Die oculistische Section auf dem Internationalen Congresse zu Kopenhagen 1884. (Prz. lek. № 40.)

M. G. Zitrin: Ein Fall von Amaurose nach einem epileptischen Anfall. (Med. Westn. 1884, № 30).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

L. Litschkus: Zur Casuistik der Geburten bei Entwickelungsanomalien des Uterus (Uterus duplex bicornis cum vagina duplice). Aus dem Marien-Gebärhause. (1 Fall glücklich verlaufener Geburt bei genannter Anomalie). (Wr. № 42).

J. Lwow: Zur Lehre von den Ursachen der regelwidrigen Lagen und Drehungen des Kindes unter der Geburt. (Aetiologische Bedeutung der Kürze der Nabelschnur). Schluss. (Dnew. Kaw. Ob. № 17.)

P. A. Milowsorow: Herzklopfen während der Schwangerschaft. (Med. Westn. 1884, № 43). Auf Grundlage einiger Beobachtungen weist Verf. auf das Herzklopfen als eins der sichersten (?) und frühesten Schwangerschaftssymptome hin, da er es schon sehr früh, in 2 Fällen in der 3. und 5. Woche beobachtet hat.

M. Pargamin: Harnretention in Folge von Retroflexio uteri gravidi. (Wr. № 43). Pat. hatte 7mal geboren, war jetzt 3 Monate schwanger. Die Retention trat nach einem Falle ein.

Sajaïzki: 17 Fälle gynäkologischer Operationen mit Eröffnung des Bauchfells. (Med. Obsr. № 19.)

Sochacki: Fall von frühzeitiger Geburt, Anwachsung der Placenta, acuter Inversion und Vorfall des Uterus (inversio uteri acuta cum prolapsu). (Gaz. lek. № 41).

W. W. Ssutugin: Zur Casuistik der supravaginalen Uterusamputation bei Cystofibromen. (Ssoob. i Prot. St. Pbg. Ob. 1884, Lief. 1)

Derselbe: Ueber die acute Leberatrophie der Schwangeren. (Ibidem.)

N. Weinbaum: Kaiserschnitt in Folge vollständiger Verwachsung der Scheide nach Operation einer Vesicovaginalfistel. (Wr. № 44). Das Kind am Leben, die Mutter starb am 4. Tage an Peritonitis.

Arzneimittellehre, Toxikologie.

Kostylew: Ueber die Wirkung des Antipyrin's. (Med. Obsr. № 21.) Ref. folgt.

A. Krokiewicz: Ueber einige neue therapeutische Mittel. *I. Agaricinum.* (Med. № 45). Beobachtungen sind in der the

rapeutischen Klinik von Prof. Korczynski in Krakau an 10 Kranken (Phthisis) angestellt. Dosen von 0,0005 Grm. blieben unwirksam. Als die minimale wirksame Dosis ist 0,005 Grm. anzusehen. Die schweissvermindernde Wirkung blieb von längerer Dauer erst nach Verbrauch von 0,01—0,02 Grm.

J. Neufeld: Antipyrin, neues antifebriles Mittel. (Gaz. lek. № 40.) Ref. folgt.

Therapeutische Notizen. (Jodoform und Paraldehyd). (Med. № 45).

Trussewitsch: Ammoniakinjectionen als wirksamstes Analepticum. (Med. Obsr. № 21). Ref. folgt.

Balneologie, Elektrotherapie etc.

Prof. *W. Danilewski* und *K. Danilewski*: Ueber die Verwendung von Glycerin zu flüssigen Rheostaten. (Wr. № 42). Ref. folgt.

A. Ch. Grigorjew und *N. N. Ssaltykow*: Ueber die Wirkung kalter Abwaschungen auf den fiebernden und gesunden Organismus. (Ibid., Sept.).

Ussass: Die Schwefelquellen von Chilow. (Ssoob. i Prot. St. Pbg. Ob. 1884, Lief. 1).

N. Wassiljew: Materialien zur Lehre von der Wirkung kalter und heisser Handbäder. (Wojenn. Med. Sh., Sept.)

Militair- und Schiffsmedicin.

J. M. Schmulewitsch: Die Section für Militärmedicin auf dem internationalen medicinischen Congresse in Kopenhagen. Schluss. (Wojenn. Ssanit. D. № 42).

P. O. Smolenski: Ueber die Completirung der Armee. (Ibid. № 42 ff.)

Derselbe: Ueber Completirung der Armee. (Ibidem № 45. Schluss.)

M. G. Steinberg: Einige Worte über die Kopfbedeckung bei unserer Armee. (Ibid. № 44.)

D. Zikeln: Die dienstuntauglichen Recruten. (Wojenn. Med. Sh., Sept.).

Hygiene.

M. O. Perfiljew: Die gegenwärtige parasitäre Theorie in Beziehung zu den Fragen der öffentlichen Hygiene. — St. Petersburg, 1884.

J. Kremjanski: Ueber die gegenwärtigen wissenschaftlichen Aufgaben des Arztes im Kampfe mit den Mikroorganismen bei Erkrankungen der Respirationsorgane, besonders bei der Lungenphthise. (Prot. Kawk. Ob. 1884/5, № 6.)

M. Reich: Die künstliche Beleuchtung der Schulzimmer. (Vergleich verschiedener Lampen.) (Wr. №№ 43 u. 44.)

Derselbe: Photometrie in Schulräumen. (Prot. Kawk. Ob. 1884/5, № 7.)

N. J. Slatowratski: Apparat für gleichzeitige Desinfection und Reinigung der Wäsche. (Med. Westn. 1884, № 41.)

D. P. Welitschkowski: Experimentelle Untersuchungen über die Verbreitung des Leuchtgases und Kohlenoxyds im Boden und über die Bewegung der Bodenluft. (Wojenn. Med. Sh., September ff.).

Statistik. Medicin. Geographie u. Topographie.

Janizewski: Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung im St. Johann-Hospital in Lublin für die Monate Juni und Juli 1884. (Med. № 40 und 41). Vortrag gehalten in der Sitzung der Med. Gesellsch. in Lublin am 5. August a. c.

L. Kopff: Bericht über die Krankenbewegung in der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten von Prof. Rosner in Krakau f. d. Jahre 1883 und 1834. (Prz. lek. № 42).

D. G. Nikolski: Zur Statistik der Verletzungen der Arbeiter einer der Uralschen Fabriken. (Med. Westn. 1884, № 41 ff.)

W. Walch: Medicinisch-statistische Mittheilungen über die Sterblichkeit unter der Bevölkerung von St. Petersburg für August 1884. (Wojenn. Med. Sh. September).

Medicinal- und Sanitätspersonal.

Bureq: (Nekrolog von Z.). (Med. Westn. 1884, № 40).

H. Dobrsycki: Ueber die Thätigkeit von Prof. W. P. Szokalski, in Anlass seines 50jährigen Jubiläums. (Med. № 44).

E. Klink: Nekrolog. (Ibid. № 41).

W. Leppert: Der selige J. Natanson. (Gaz. lek. № 40).

Matlakowski: Nekrolog von Dr. E. Klink. (Ibid. № 42).

Vermischtes.

J. Talko: Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum von Prof. Szokalski. Warschau 1884. Enthält folgende Arbeiten (poln.): 1) J. Talko: «Prof. Dr. Szokalski». 2) Derselbe: «Materialien zur Geschichte der Ophthalmologie in Polen». 3) Rumszewicz: «Ueber die intracalläre Muskeln bei Eidechsen und Schildkröten». (Mit 2 Tafeln). 4) Prof. Dr. Schöbl: «Ueber die Blutergüsse der Hornhaut». 5) Kramsztyk: «Wirkt die Accommodation nur in einer Richtung?» 6) Prof. Rydel: Ueber die neue Methode der Capseleröffnung bei Staaroperation». 7) K. Szadeki: «Beitrag zur Casuistik der Hornhautentzündungen in Folge von erworbener Syphilis». 8) Prof. Galezowski: «Ueber die Schwierigkeiten der Farbendifferenzirung». 9) Lasinski: «Ueber die Sehschwäche in Folge von Alcohol- und Tabaksgenuss». (Mit 1 Tafel). 10) Winawer: «Ursachen und Behandlung der Blennorrhoea Neonatorum». 11) Cywinski: «Metersystem». 12) Downar: «Einige Beobachtungen über die Anwendung des constanten Stromes bei Trübungen des Glaskörpers». 13) Hoene: «Zu den sympathischen Augenerkrankungen». — Derselbe: «Fall von primärer Tuberculose der Iris». 14) Fijalkowski: Beiderseitiges cavernöses retrobulbäres Angiom». 15) Wicherkiewicz: «Ueber Entropium des Augenlides und Trichiasis». 16) Talko: «Einiges über die Augenkrankheiten bei Erkrankungen des Uterus». 17) Mikucki: «Jodoform bei Erkrankungen der Conjunctiva und der Cornea». 18) Kamocki: «Fall einer diffusen tuberculösen Infiltration der Chorioidea. 19) Kepinski: «Ueber die Cataracte. (Mit 1 Tafel). 20) Derselbe: «Bericht aus der ophthalmologischen Section der Versammlung zu Posen. 21) Piaszczynski: «Fall von parenchymatöser Hornhautentzündung». 22) Przybylski: «Drei Fälle von Spaltung der Papilla des Nervus opticus». (Mit 1 Tafel). 23) Prof. Blumenstok: «Das erste gerichtlich-oculistische Gutachten». (Beitrag zur Geschichte der Oculistik im XVII. Jahrhundert). 24) Machek: «Die antiseptische Behandlung der Hornhautgeschwüre»..

Kramsztyk: Uebersicht der wissenschaftlichen Thätigkeit von Prof. Szokalski. (Gaz. lek. № 43).

J. Polak: Ueber die internationale hygienische Ausstellung in London. (Gaz. lek. № 40).

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА **1885** г.

„РУССКАЯ МЕДИЦИНА“.

Медицинскій журналъ ЧЕТЫРЕ раза въ мѣсяцъ, по воскресеньямъ, въ количествѣ 48 №№ въ годъ при участіи въ немъ:

Гг. д-ра *Г. И. Архангельскаго*, доц. *В. И. Афанасьева*, доц. *В. М. Бехтерева*, проф. *Н. И. Быстрова*, проф. *Н. А. Виноградова* (Казань); доц. *К. Н. Виноградова*, доц. *А. Г. Ге* (Казань); доц. *П. И. Граціанскаго*, проф. *В. И. Добровольскаго*, д-ра *П. А. Дюкова*, проф. *И. А. Евремовскаго* (Варшава); проф. *Ф. Заварыкина*, проф. *Н. П. Ивановскаго*, проф. *С. П. Коломнина*. проф. *И. Г. Карпинскаго*, доц. *С. Д. Костюрина*, доц. *Н. И. Котовщикова* (Казань); проф. *Д. И. Кошлакова*, проф. *П. И. Ковалевскаго* (Харьковъ); проф. *Я. С. Кремянскаго* (Харьковъ); проф. *И. П. Лазаревича* (Харьковъ); проф. *В. Г. Лашкевича*, проф. *А. И. Лебедева*, проф. *Л. Л. Левшина* (Казань); д-ра *И. А. Маева*, проф. *И. П. Мержеевскаго*, доц. *I. Мифле*. проф. *И. И. Мечникова* (Одесса); д-ра *П. Я. Мультановскаго*, проф. *И. И. Насилова*, д-ра *Ф. И. Николаева*, проф. *А. Ф. Навроцкаго* (Варшава); доц. *Е. В. Павлова*, проф. *В. В. Пашутина*. доц. *П. Пескова* (Владиміръ); проф. *А. Г. Полотебнова*, доц. *В. О. Подвысоцкаго* (Дерптъ); д-ра *Е. А. Покровскаго* (Москва); проф. *А. Ф. Пруссака*, д-ра *И. М. Рейха* (Тифлисъ); проф. *К. Ф. Славянскаго*, проф. *М. П. Скворцова* (Варшава); проф. *Н. В. Склифасовскаго* (Москва); доц. *И. М. Смольскаго*; доц. *Н. А. Строгонова* (Одесса); проф. *В. А. Субботина* (Кіевъ); проф. *М. Ф. Субботина* (Казань); доц. *В. В. Сутугина*, проф. *П. Н. Сущинскаго*, доц. *Н. В. Ускова*, доц. *П. И. Успенскаго*, доц. *Н. Н. Феноменова*, доц. *Н. Ф. Филатова* (Москва); проф. *В. М. Флоринскаго* (Казань); д-ра *А. Е. Черемшанскаго*, проф. *Ф. Ф. Эрисмана* (Москва); доц. *А. Ф. Эрлицкаго* и друг.

Въ прошломъ 1884 году въ журналѣ были помѣщены ст. профессоровъ: Брандта, Быстрова, Виноградова, Заварыкина, Ивановскаго, Кремянскаго, Ковалевскаго, Лашкевича, Лебедева, Насилова, Мечникова. Славянскаго, Скворцова, Субботина; доц. Афанасьева, Бехтерева, Богомолова, Пескова, Смольскаго, Успенскаго Филатова, Ястребова; докторовъ: Архангельскаго, Маева, Покровскаго, и мн. др.; изъ клиникъ и лабораторій профессоровъ: Быстрова, Богдановскаго, Доброславина, Ивановскаго, Кузнецова, Лашкевича, Склифасовскаго, Тарханова, Субботина, Чудновскаго и др.

«Русская Медицина» будетъ выходить въ тѣже сроки, въ томъ же объемѣ и по той же программѣ.

Подписная цѣна остается таже, т. е., **8 руб.** въ годъ съ доставкой и пересылкой.— Подписка принимается въ Конторѣ Редакціи (**Петербургъ, Николаевская 48**). Гг. желающіе получить и книжку **«Врачебный Ежегодникъ»** присылаютъ **9** руб. и **3** почтовыя марки на заказную бандерольную пересылку. 207 (3)

ПОДПИСКА НА ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЙ ЖУРНАЛЪ

ВѢСТНИКЪ САДОВОДСТВА, ПЛОДОВОДСТВА И ОГОРОДНИЧЕСТВА

на 1885 годъ

ОТКРЫТА И ПРИНИМАЕТСЯ У ИЗДАТЕЛЕЙ:

А. Ф. Девріена. С.-Петербургъ, Вас. Остр. Румянцевская площ., собств. домъ № 1/5.

К. Л. Риккера. С.-Петербургъ, Невскій проспектъ, домъ № 14.

Цѣна за годъ съ доставкою и пересылкою **8 руб.**, за полгода **4 руб.**, за три мѣсяца **2 руб.**

Для доставленія читателямъ въ возможной скорости свѣдѣній о новостяхъ по садоводству, а также для установленія болѣе частыхъ сношеній читателей и садоводовъ, какъ между собою, такъ и съ Императорскимъ Обществомъ Садоводства, будетъ измѣненъ образъ выхода Вѣстника Садоводства. Журналъ этотъ, выходящій въ настоящее время одинъ разъ въ мѣсяцъ, будетъ издаваться съ 1885 года **ЕЖЕНЕДѢЛЬНО**. Программа его останется прежняя, а именно:

1) Описаніе новыхъ или замѣчательныхъ растеній, плодовъ и овощей.
2) Статьи практическаго содержанія о разведеніи или культурѣ растеній, плодовъ и овощей, какъ въ разныхъ мѣстностяхъ Россіи, такъ и заграницею.
3) Указаніе растеній, годныхъ для содержанія въ жилыхъ комнатахъ, и способа культуры ихъ.
4) Сообщенія о новыхъ открытіяхъ по садоводству, плодоводству, и огородничеству.
5) Статьи научныя и чисто-ботаническія, имѣющія прямое отношеніе къ садоводству, плодоводству и огородничеству.
6) Разныя техническія изобрѣтенія или усовершенствованія, прямо или косвенно относящіяся до садоводства.
7) Описаніе русскихъ и иностранныхъ садовъ, замѣчательныхъ садовыхъ заведеній и проч.
8) Разныя извѣстія по садоводству, библіографическія, критическія и некрологическія замѣтки, относящіяся до садоводства.
9) Вопросы, предлагаемые подписчиками или любителями и отвѣты на нихъ.
10) Отчеты о засѣданіяхъ Общества. 204 (5)

Первая книжка каждаго мѣсяца, объемомъ въ два листа, съ приложеніемъ одного хромолитографированнаго и двухъ черныхъ рисунковъ, будетъ содержать преимущественно пространныя статьи, а въ остальныхъ нумерахъ, въ объемѣ полулиста, будутъ **помѣщаемы разныя мелкія извѣстія и сообщенія, практическія замѣтки, объявленія и вопросы подписчиковъ и отвѣты на нихъ. Въ обсужденіи этихъ послѣднихъ будетъ участвовать впредь Правленіе Императорскаго Общества Садоводства, а въ особенно-важныхъ случаяхъ и Общее Собраніе членовъ Императорскаго Общества Садоводства. Такимъ образомъ подписчики Вѣстника на предложенные ими вопросы будутъ получать отвѣты, основанные на взглядахъ и соображеніяхъ не одного только редактора, но цѣлаго собранія спеціалистовъ — что придастъ таковымъ отвѣтамъ особое значеніе.**

Bei **Friedrich Wreden** in **Braunschweig** ist so eben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Sammlung
kurzer
medicinischer Lehrbücher.
Band X.

Augenheilkunde

und

Ophthalmoskopie.

Für Aerzte und Studirende
bearbeitet von
Dr. Hermann Schmidt-Rimpler,
ord. Professor der Augenheilkunde und Director der ophthalmiat. Klinik zu Marburg.
Mit 162 Abbildungen in Holzschnitt und einer Farbentafel.
Preis geh. 8 Rbl. 40 Kop., geb. 9 Rbl. 35 Kop.

Das vorstehend angekündigte Werk wird den jetzigen Standpunct der Augenheilkunde und Ophthalmoskopie in compendiöser Form darlegen. Eine eingehendere Bearbeitung haben neben der Ophthalmoskopie besonders die Refractions- und Accommodations-Anomalien gefunden. Ohne Aufwand schwieriger mathematischer Formeln ist eine Klarlegung dieses auch für den Praktiker hochwichtigen Gebietes erstrebt worden. Besondere Rücksicht wurde der Hygiene und den militairärztlichen Untersuchungen gewidmet.

Braunschweig, October 1884.

206 (1) **Friedrich Wreden.**

VICHY

Depot in Paris, **8**, boulevard **Montmartre.**

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

Zu haben bei: **Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Gesellschaft, H. Klos & Co.**

Von Sr. Majestät dem Kaiser u. König Franz Josef I. Aller höchst ausgezeichnet

Man verlange stets ausdrücklich

Vier Gold- und Verdienstmedaillen. Versand im J. 1883 1 Million Flaschen

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

Uebertrifft nach der Analyse d. Prof. v. Fehling in Stuttgart alle übrigen Bitterwässer an wirksamen Bestandtheilen

Depots überall. Die Direction in Budapest

Führt sicher, mild u. unschädlich ab (s. die experimentellen Untersuchungen v. Dr. C. F. Kunze in Halle in dessen Brochüre)

NIEDERLAGEN werden auf Wunsch überall errichtet. 186 (14)

Ein zuverlässiger Mann, der deutsch und russisch versteht, vertraut mit Haus- und Fabrikverwaltung, sucht eine Stelle als Aufseher in einem Hospital oder in einer Privat-Heilanstalt. Zu erfragen Измайловскій п. 10 рота д. 10 кв. 4.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 30 Ноября 1884 г. Verlag von Carl Ricker. Buchdruckerei von A. Caspary, Liteiny № 52.